

# A Importância do Planeamento de Altas em Idosos – Um Desafio para a Política Social

**Gilda Rolo Lopes**

Orientador: Prof. Doutora Paula Campos Pinto

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Política Social

*Lisboa*

*2017*

[WWW.ISCSP.U LISBOA.PT](http://WWW.ISCSP.U LISBOA.PT)

### **Agradecimentos**

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo E.P.E- Unidade de Abrantes, por toda a disponibilidade demonstrada em aceitar a realização deste estudo.

À Dra. Conceição do Serviço Social dessa Unidade, por toda a ajuda, disponibilidade e por mais uma vez me acompanhar numa etapa da minha vida.

À Professora Doutora Paula Campos Pinto, orientadora desta dissertação, por toda a atenção e dedicação.

À Align'in por toda a flexibilidade, apoio e interesse.

Aos meus amigos de todas as horas. Em especial à Paula, à Ana e à Débora por serem quem são, por todo o apoio, por todas as lágrimas que me secaram, por fazerem parte da minha vida.

À minha enorme família pela preocupação, apoio e interesse.

Por último, mas mais importante, aos meus pais, por toda a força, disponibilidade e paciência. Obrigada por me terem proporcionado este caminho académico e por estarem ao meu lado em mais uma conquista.

## **Resumo**

Portugal está a envelhecer e são, por isso, cada vez mais os idosos que dão entrada nos nossos hospitais, pelas mais diversas razões e a emergência de existirem medidas políticas que respondam a este fenómeno. O processo de envelhecimento é em parte determinado pelo contexto social em que o indivíduo envelhece, assim as alterações físicas, psicológicas e sociais que podem surgir com o envelhecimento podem ser atenuadas ou acentuadas pelo contexto em que o idoso se inclui. Um bom planeamento de altas se prender com a perceção das reais dificuldades sociais, habitacionais e familiares, no seu regresso a casa. Pretende-se com esta pesquisa analisar os principais fatores que levam ao protelamento de alta hospitalar em pessoas idosas, e os fatores que estão na sua origem. Para tal foi feita a análise de Conteúdo dos Processos Sociais Hospitalares de 74 utentes que deram entrada nos serviços do Hospital de Abrantes nos anos 2015 e 2016 e que tiveram a sua alta protelada por motivos sociais, com mais de 65 anos. A falta de políticas sociais que apoiem as famílias e os idosos leva a um descontrolo naquilo que é a organização das respostas hospitalares a estes casos.

**Palavras-chave:** Idoso, Cuidador, Hospital, Internamento, Planeamento da alta hospitalar, Políticas Sociais, RNCCI.

### **Abstract**

Portugal is aging and, therefore, more and more elderly people are entering our hospitals for a variety of reasons and the emergence of political measures to respond to this phenomenon. The aging process is partly determined by the social context in which the individual ages, so the physical, psychological and social changes that can arise with aging can be attenuated or accentuated by the context in which the elderly person is included. A good planning of highs is bound up with the realization of the real social, housing and family difficulties, on their return home. The aim of this research is to analyze the main factors that lead to hospital discharge from old people, and the factors that are at their origin. For this purpose, the analysis of the Content of the Hospital Social Processes of 74 users who entered the services of the Hospital of Abrantes in the years 2015 and 2016 and whose discharge was postponed for social reasons, over 65 years. The lack of social policies that support families and the elderly leads to a lack of control in the organization of hospital responses to these cases.

Keywords: Elderly, Caregiver, Hospital, Hospitalization, Hospital discharge planning, Social Policies, RNCCI.

**Lista de Abreviaturas e Siglas**

RNCCI- Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados

SNS- Serviço Nacional De Saúde

SS- Serviço Social-

PC/CC- Planeamento de Cuidados/ Continuidade de Cuidados

## **Índice Geral**

Introdução.....	7
Capítulo I – Envelhecimento, Internamento Hospitalar e Políticas Sociais.....	9
1-Envelhecimento.....	9
1.1-Dependência e Função.....	11
1.2-Representações Sociais de Pessoas Idosas.....	12
1.3-Idadismo e Exclusão Social.....	13
2- Saúde.....	15
3-Qualidade de Vida.....	15
4-Políticas de Proteção de Idosos.....	16
4.1-Descanso do Cuidador-Estratégias em Vigor.....	18
4.2-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados como Alternativa.....	19
5-Internamento Hospitalar.....	21
5.1-O Serviço Social Hospitalar.....	22
5.2-Planeamento de Altas/Continuidade de Cuidados.....	23
5.2.1-A Importância da Equipa de Gestão de Altas.....	26
6-Família enquanto Prestadora de Cuidados.....	27
6.1-O Impacto de Ser Cuidador Informal.....	29
Capítulo II- Metodologia.....	31
1-Objectivos.....	31
1.1-Objectivos Gerais.....	31
1.2-Objectivos Específicos.....	31
2-Metodologia.....	31
3-Estudo de Caso.....	33
4-Análise de Conteúdo.....	34
5-Delineamento do Estudo.....	35
6-Análise dos dados.....	39
Capítulo III-Discussão dos Resultados e Conclusões.....	44

Bibliografia.....	52
Anexos.....	58

### **Índice de Gráficos**

Gráfico I- Distribuição por faixa etária e género 2015.....	39
Gráfico II- Distribuição por faixa etária e género 2016.....	40
Gráfico III- Serviço de Internamento.....	40
Gráfico IV- Diligências.....	41
Gráfico V- Causas do Protelamento.....	42
Gráfico VI- Resolução.....	43

### **Índice de Figuras**

Figura I- Nº de Camas RNCCI.....	20
----------------------------------	----

## **Introdução**

O presente trabalho constitui uma dissertação de mestrado em Política Social, no ISCSP-UL. Através da pergunta de partida escolhida “Quais são as principais causas que levam ao protelamento de alta hospitalar dos idosos?”, decidi abordar o tema “A Importância do Planeamento de Altas em Idosos – Um Desafio para a Política Social”

Justifica-se o meu interesse neste tema pela minha abordagem prática durante a licenciatura que decorreu em meio hospitalar e tendo sido esta uma área que me era desconhecida e da qual me apercebi, gostaria agora de a aprofundar.

Como afirma Guerra (2005), o planeamento, integrado na metodologia de ação, é definido como “uma forma de construção da ação coletiva, no contexto da estratégia de atores e com vista à contextualização de um futuro desejável” (p.13)

Analisando a partir da perspetiva sociológica de Giddens e Beck, “processos [de planeamento] estão ligados à complexidade crescente da sociedade e à necessidade de fazer frente a um ambiente mutável mas também e muito especialmente à necessidade de garantir equilíbrios no interior dos sistemas, sujeitos a contínuas mudanças e de grande instabilidade e, em larga medida de “alto risco”” (Guerra, 2005:14).

O processo de envelhecimento é, em parte, determinado pelo contexto social em que a pessoa envelhece. As alterações físicas, psicológicas e sociais que podem surgir com o envelhecimento podem ser atenuadas ou aumentadas pelo contexto em que o idoso se inclui. Dependendo das características de cada sujeito específico, as características ambientais podem atuar quer como barreiras, quer como facilitadoras de certos comportamentos.

A necessidade de um bom planeamento de altas prende-se com as reais dificuldades, sociais e habitacionais, do utente no seu regresso a casa. Um dos grandes problemas sentidos, face ao internamento do idoso, prende-se com o processo de adaptação por parte do idoso à nova situação de dependência, uma vez que ela implica uma alteração das rotinas, num ambiente hospitalar que é para os idosos desconhecido e pouco



familiar, o que pode levar a situações de stress. O Planeamento de Altas permite reduzir os custos associados a dias de internamento inapropriados em hospital de agudos, através da transferência dos doentes para a respetiva residência ou para instituições onde lhes possam ser prestados cuidados menos diferenciados, adequados à sua situação.

Pretende-se assim perceber como é feito o planeamento de altas em regime hospitalar e em que medida o correto planeamento funciona como meio preventivo de um futuro protelamento de alta social. Bem como em que medida as políticas sociais existentes estão a ser aplicadas, ou se existe um défice de políticas de saúde alocadas à prevenção do protelamento.

Espera-se assim desenvolver uma análise crítica do planeamento, promover a consciência do que é o protelamento de alta e as suas causas e consequências, bem como analisar e propor medidas políticas que possam prevenir o protelamento de altas.

## **Capítulo I – Envelhecimento, Internamento Hospitalar e Políticas Sociais**

### **1- Envelhecimento**

O envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão mas ao longo dos tempos, quer o conceito de envelhecimento, quer as atitudes perante os idosos, que têm vindo a mudar, face as mudanças sociais que as sociedades tem vindo a sofrer. O significado dos termos, envelhecimento, idoso e velhice, depende do contexto social e histórico em que são produzidos e tal como acontece com as atitudes perante os idosos, estes conceitos têm vindo a mudar, refletindo o melhor conhecimento que existe acerca do ser humano, a cultura e relações sociais da época atual.

Segundo o Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2002) é considerada idosa uma pessoa com idade igual ou superior a 65 anos.

Segundo Schroots e Birren (data), in Paúl (2005) o processo de envelhecimento tem três partes integrantes:

- Biológico que representa a perda gradual das capacidades funcionais, físicas e biológicas que aumenta a vulnerabilidade à doença;
- Social, que corresponde ao lugar da pessoa idosa na sociedade e à maneira como ela é aceite e como se integra na mesma, muito baseada nos estereótipos e preconceitos sobre a idade existentes numa dada sociedade;
- Psicológico, relacionado com a capacidade do indivíduo se adaptar a esta fase da vida e a maneira como o próprio se vê perante os outros, adaptando-se ao processo de envelhecimento.

Já Cavangaugh, (1997,in Fonseca, 2006) o envelhecimento inclui “um conjunto vasto de tópicos com incidência de desenvolvimento específico nesse “todo”, como sejam as mudanças fisiológicas, o processamento de informação, a personalidade, trabalho e reforma, luto e morte, etc.” (Fonseca, 2006:53)

Em Portugal, o índice de envelhecimento da população é de 128 em 2011 o que significa que por cada 100 jovens, existiam 128 idosos. Portugal apresentava no ano de

2001, como população residente, 1.693.493 indivíduos com 65 ou mais anos, tendo passado, em 2011, para 2.010.064 indivíduos no mesmo escalão etário. (Censos 2011)

Para Sequeira (2010), o envelhecimento biológico é caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, verificando uma diminuição da capacidade de regeneração da célula, levando ao envelhecimento dos tecidos. A perda progressiva das capacidades orgânicas e corporais verificadas no envelhecimento físico aumentam a sua velocidade de declínio à medida que a idade aumenta, sobretudo nos aspetos fisiológicos.

Contudo, é importante ter em consideração que as pessoas idosas são seres biopsicossociais, e que as alterações provocadas pelo envelhecimento acarretam muitas outras mudanças, “(...)depende do contexto histórico dos valores e do lugar que idoso ocupa na escala classificatória dessa sociedade, que ao final serão responsáveis pela construção social do envelhecer e da velhice.” (Rodrigues & Soares: 2006:5)

Cabe então à restante sociedade, criar as condições e o apoio necessário para a conquista deste processo, com o objetivo de um envelhecimento saudável e ativo.

O autor Hermano Carmo, no livro “Problemas Sociais Contemporâneos” (2001), considera que o envelhecimento demográfico é considerado um **problema social**, na medida em que as sociedades necessitam de se reorganizar nas suas políticas e mecanismos sociais de intervenção próxima, nomeadamente ao nível da segurança social, da saúde, e das pensões. Mostra-se então outra vertente do envelhecimento, o **envelhecimento demográfico**, para o qual, segundo o mesmo autor, existem três causas:

- Envelhecimento natural de topo – o aumento da população idosa resultante das melhores condições de vida conseguidas pela sociedade, como a diminuição da taxa de mortalidade infantil e da taxa de mortalidade e o aumento da esperança de vida;
- Envelhecimento artificial do topo – devido à concentração de pessoas idosas em locais com melhores recursos tanto por imigrações como por emigrações;

- Envelhecimento natural na base – A melhoria das condições de vida, a alteração do papel da mulher na sociedade da diminuição da natalidade, as alterações nos tipos de família, que tiveram como resultado a diminuição da natalidade.

(Carmo, 2001)

O processo de envelhecimento é diferente de pessoa para pessoa, consoante as suas características pessoais e contexto onde em que se insere, por isso não podemos esperar que duas pessoas tenham um modo de envelhecimento semelhante. O processo de envelhecimento é em parte determinado pelo contexto social em que a pessoa envelhece, as alterações físicas, psicológicas e sociais que podem surgir com o envelhecimento podem ser atenuadas ou aumentadas pelo contexto em que o idoso se inclui.

No que respeita aos padrões de envelhecimento, Birren & Schroots (1996, citados por...) definem três padrões:

- Envelhecimento primário – forma natural de envelhecimento;
- Envelhecimento secundário – alocado a eventos de doença, não estando diretamente relacionado com a idade mas sim com as condicionantes, como resultado de doença ou eventos não naturais;
- Envelhecimento terciário – representa um acontecimento rápido, inesperado e que sugere uma aproximação prematura à morte.

(Fonseca, 2006)

### **1.1-Dependência e Função**

Para Caldas (2003), “ o termo “dependência” liga-se a um conceito fundamental da prática geriátrica: a fragilidade. A fragilidade é definida por Hazzard et al. (1994), como uma vulnerabilidade que o individuo apresenta aos desafios do próprio ambiente (...) apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzam a sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas (...) ”(Caldas, 2003:775).

Assim, o conceito de dependência já não se encontra centrado apenas na fatalidade da doença, para se centrar na saúde e nos seus domínios, caracterizando simultaneamente as deficiências do indivíduo e as suas funcionalidades.

Por outro lado a função, “ (...) é definida como a capacidade de um indivíduo se adaptar aos problemas cotidianos, ou seja, aquelas atividades que lhe são requeridas por seu entorno imediato, incluindo a sua participação como indivíduo na sociedade (...)é avaliada com base na capacidade de execução das atividades da vida diária, (...) atividades instrumentais da vida diária (...)atividades avançadas da vida diária(...)” (Caldas, 2003:775).

Como atividades da vida diária podemos considerar todas as tarefas que permite ao indivíduo cuidar-se a si mesmo, como andar, higiene pessoal, alimentar-se, entre outros. Atividades instrumentais da vida diária são entendidas como atividades de independência como fazer comprar, gerir medicação, utilizar de forma consciente o seu próprio dinheiro, etc. Por último, as atividades avançadas da vida diárias compreendem atividades ligadas à auto-motivação de trabalho, contactos sociais, lazer, etc. “A reeducação das atividades da vida diária é muito importante para a reinserção socio-familiar, apesar de ser um processo moroso e que acarreta dificuldades não só para o utente como para o enfermeiro e/ou família. Para capacitar os doentes nas atividades do auto-cuidado e da vida diária, é preciso tempo para ensinar e treinar junto com o doente e familiares, para que seja ele a fazer o máximo de atividades possível.” (Leal, 2001:131)

### **1.2-Representações sociais de pessoas idosas**

Segundo Rodrigues & Soares (2006) os conceitos associados à terceira idade têm sofrido alterações ao longo do tempo.

Ser idoso não é entendido por todas as culturas e sociedades da mesma forma. Como tal, cada um tem para si uma representação específica do que é ser idoso e dos desafios que isso acarreta. “ É do cenário das representações que saíram os termos e as expressões classificatórias como belo e velhote, idoso e terceira idade (...) são responsáveis pela construção de uma identidade estigmatizada, que acaba por excluir

do processo social dos indivíduos que se encontram com sessenta anos ou mais.” (Rodrigues & Soares, 2006:7).

Na nossa sociedade, a imagem de idoso é geralmente associada a uma perda de capacidades funcionais, essenciais à vida quotidiana e social da pessoa e ainda a um estágio de fim de vida. São por isso atribuídas representações negativas aos idosos, que por meio de preconceito e do estereótipo, podem criar discriminação social por parte do grupo dominante (jovens). (Rodrigues & Soares, 2006)

### **1.3-Idadismo e Exclusão Social**

Idadismo pode ser definido como “estereótipos e discriminação sistemática contra as pessoas por elas serem idosas, da mesma forma que o racismo e o sexismo o fazem com a cor da pele e o género” (Butler, 1969:243, in Magalhães, Fernandes, Antão e Anes 2010:9).

Trata-se, portanto, de uma representação social negativa, estabelecida pela sociedade que influencia os sistemas simbólicos do indivíduos do grupo dominante. Tal representação formaliza-se através de atitudes e pensamentos negativos e discriminatórios sobre formalizados pelo preconceito. “O preconceito é contra esse grupo quando se manifesta através de um estereótipo negativo ou através de uma atitude negativa para com o mesmo” (Magalhães et al., 2010:10)

Conforme indicado anteriormente, o idadismo negativo, pode ter como consequência a exclusão social de um grupo, neste caso os idosos. A exclusão social resulta num sentimento de não pertença (inclusão), que priva o indivíduo daquilo que são os seus direitos em sociedade, “ (...) um sujeito ou um grupo de sujeitos sobre exclusão quando não beneficia de um conjunto de direitos e deveres que são conferidos aos demais cidadãos” (Nossa, 2014:9).

Ao longo da História o grupo etário com 65 anos ou mais, foi ganhando benefícios (ex: a aposentação) que de alguma forma criaram uma imagem previamente feita e igual para estas pessoas, generalizando assim a população idosa dependente descorando as suas capacidades de se manter ativos na sociedade. “Paulatinamente, os idosos foram rotulados com um conjunto de estigmas que os observam como entes pouco válidos

para o trabalho, de moral conservadora, assexuados e progressivamente incapazes de lidar com a mudança e com a inovação” (Nossa, 2014:9).

Segundo o Grupo Europeu de Recolha de Atitudes sobre a Idade, na sua publicação “Idadismo na Europa - Uma abordagem psicossociológica com o foco no caso Português – Relatório II” 2011, a valência do estereótipo de idoso em Portugal é positiva, e quanto mais positiva a valência, menor é o preconceito, mais positivas são as emoções face aos idosos e maior é a intenção de aceitar um chefe idoso. As emoções face aos idosos são, pois, positivas. Quanto mais positivas as emoções face aos idosos, menor é o preconceito e mais positiva é a valência do estereótipo.

Em Portugal os idosos não são vistos como ameaça à saúde nem à cultura, mas são percecionados como uma ameaça económica. Entre os portugueses, o contacto com pessoas idosas é baixo. No entanto, quanto mais contacto se tem com idosos, mais positivo é o estereótipo do idoso, mais os idosos são vistos como mais competentes do que simpáticos, e menos preconceito existe. (Lima; Marques; Batista, 2011).

No estudo (idem, 2011) quando analisado o indicador da experiência da discriminação verificou-se “ (...) que entre os portugueses a experiência pessoal de discriminação devido à idade é baixa. Observámos também que, quanto mais avançada é a idade, maior é a experiência de discriminação e que, quanto maior a experiência de discriminação, maior a gravidade percebida da discriminação face à idade.” (Lima; Marques; Batista, 2011:28).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002) o idadismo é considerado uma forma de mau trato, tendo em conta as possíveis atitudes discriminatórias que daí advêm.

As relações de poder caracterizam-se pela necessidade de um grupo social se impor a outro através da criação de estigmas e por consequência de exclusão. “Esse tipo de relacionamento que a sociedade mantém com os cidadãos dessa faixa etária, define as relações de poder entre os grupos de idosos e não idosos” (Rodrigues e Soares, 2006:18).

Todo este estigma é sentido pelo idosos, que se pode, de alguma forma, começar a ressentir e questionar sobre as suas capacidades e a sua utilidade na sociedade “ (...)

qualquer que seja a representação social do idoso na nossa sociedade, seja a associada a aspetos negativos ou a aspetos românticos, da maneira como é construída, leva a atitudes preconceituosas e de exclusão para com esse segmento etário.” (Rodrigues e Soares, 2006:21).

## **2- Saúde**

O processo de envelhecimento, como já referimos atrás, é um processo que engloba modificações, perdas e ganhos a diferentes níveis, sendo a saúde um deles.

Nesta fase da vida o sujeito encontra-se mais frágil ao aparecimento de doenças, não por serem “doenças de idosos”, mas sim por se notarem com mais intensidade, podendo trazer consigo incapacidade (Netto, 2004).

O autor António Fernandes, no seu artigo de (2005), faz referência aos seis papéis de sobrevivência revelados pela Organização Mundial da Saúde (1980), que são: “ (...) independência física, orientação no tempo e no espaço, capacidade de se adaptar ao seu meio ambiente imediato (mobilidade), ocupações habituais para a idade e o sexo, suficiência económica” (Fernandes, 2005:235)

## **3- Qualidade de vida**

A qualidade de vida está diretamente ligada à satisfação com as redes de suporte informal (família, amigos e vizinhos) e formal (instituições, centro de saúde e profissionais de saúde), mas existem também outros domínios específicos relevantes como a saúde, a educação, o estatuto profissional, a situação financeira, a religião, entre outros.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1995) a qualidade de vida corresponde a “ (...) uma perceção individual da posição da vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente” (WHOQOL Group, 1995:28).



No que toca aos idosos a qualidade de vida depende daquilo que foram as vivências do indivíduo, no passado, principalmente a forma como se vive o envelhecimento, por exemplo associado às suas capacidades funcionais e ausência de dependência, tipo de rendimento, possibilidades económicas, disponibilidade familiar, entre outros, e ainda as suas perspetivas de futuro (Santos & Sousa, 2015).

#### **4- Políticas de proteção de idosos**

Será importante então começar por definir o que são políticas sociais, que segundo António Leal são, “as ações prosseguidas com vista à realização do bem-estar social” (Leal, 1985:925). Pretende-se então que as políticas sociais sejam originadoras de um Estado de Bem-Estar, com ações que promovam a igualdade e a equidade da distribuição de recursos e uma correta distribuição de riqueza com vista à diminuição de desigualdades e à concretização plena de direitos.

Para Maria Irene Carvalho (2005) “ (...) a política social pode ser entendida simultaneamente como um campo de estudo e de ação do Estado de bem-estar, construído por todos os atores políticos e visa a reprodução das relações sociais, a regulação da atividade económica, igualdade de oportunidades, promovendo a justiça social, a equidade e a eficiência de modo a reduzir as desigualdades, lutar contra a pobreza prevenindo problemas sociais, protegendo socialmente os indivíduos do risco social” (Carvalho, 2005:2).

António Leal (1985) defende que as políticas sociais não podem ser apenas promovidas pelo Estado. Deverá haver uma responsabilização de instituições e associações que, não tendo uma participação estatal, deverão por via dos seus recursos locais implementar medidas de apoio social, uma vez que como pode ser observado, o estado não consegue satisfazer todo o tipo de medidas necessárias.

Conforme indicado anteriormente, o envelhecimento é um fenómeno social, necessitando por isso de ser regulado por parte de políticas públicas que além de proteção, consciencializem as sociedades para as especificidades do seu processo, para que se possam criar políticas adequadas. A política social da velhice, “ (...) constituiu-se como um ramo da política social que fornece instrumentos de apoio essencial ao bem-estar dos indivíduos, modificando as consequências do mercado sobre a disponibilidade

de recursos na velhice, providenciando bens e serviços essenciais à satisfação das necessidades das pessoas nessa condição (...) pode ser explícita (...) medidas de política que visam atingir fins específicos (...) as pensões constituem umas das principais medidas de proteção social explícita (...) pode ser implícita (...) aquelas que decorrem de outras áreas da política social, como pro exemplo a isenção das taxas moderadoras (...) (Carvalho, 2005:11).

É certo que a Revolução de 25 de Abril de 1974 trouxe grandes mudanças na sociedade portuguesa e a proteção da população idosa que até lá tinha sido alvo de pouca atenção pelo Estado Novo.

Segundo Cardoso e colegas (2012), a Constituição de 1976 prevê a criação da reforma e da pensão social tomando assim consciência das necessidades inerentes a este estado da vida. Ainda na década de 70, nasce uma preocupação com a criação de infraestruturas públicas de apoio exclusivo a idosos. Na década de 80 as linhas de apoio mantêm-se, existindo uma forte inquietação com a atualização e manutenção das principais medidas até ai tomadas como as pensões e a infraestruturas de apoio e o aumentar os beneficiários dos mesmos bem como com medidas de apoio domiciliário.

Ainda na década de 80 são criadas as primeiras respostas sociais com a ajuda do Decreto-lei n.º 119/83 de 25 de 4 Fevereiro que define o estatuto de IPSS. Em 1984 é aprovada a Lei de Bases da Segurança social (Lei nº 28 de 14 de agosto de 1984). Também a entrada de Portugal na União Europeia (1986) promoveu uma nova responsabilidade de apoio às pessoas idosas e às pessoas com dependência. Em 1989 é criado o subsídio de assistência à terceira pessoa. A década de 90 é marcada pela preocupação no bem-estar dos e pela regulamentação das respostas sociais e é criado o Programa denominado de PAII – programa de apoio integrado a idosos. Em 2006 nasce a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) que procura a melhoria da qualidade de vida através da sua recuperação física. (Carvalho & Almeida, 2014)

Para Guillemard, Meunier e Vercauteren, (1992, in Fernandes 2005:242), as políticas do Estado existentes, “ (...) distribuem-se, normalmente, por algumas intervenções: reformas da população ativa, pensões de segurança social e serviços sociais de apoio.”

Segundo o autor, as políticas dedicadas aos idosos neste momento existentes em Portugal não apostam em criar condições para que estas pessoas possam viver a sua longevidade de uma forma mais intensa, autónoma, proporcionando um envelhecimento ativo. Existe ainda um défice de políticas sociais que permitam um apoio adequado por parte das famílias ou cuidadores, focando aqui o problema da descentralização da proteção dos idosos, partilhando hoje o estado a sua responsabilidade com as famílias e recursos sociais “ (...) que escapam, muitas vezes, à regulação estatal. Estes novos atores agem a nível local. Trata-se de atores políticos, económicos, sociais, culturais e religiosos.” (Fernandes, 2005:243).

#### **4.1-Descanso do cuidador - Estratégias em Vigor**

Até à década de 60 do séc. XX, o número de pessoas idosas em Portugal não era significativamente elevado para se pensar em políticas de cuidado às pessoas idosas. Com a evolução dos fatores já anteriormente referidos como promotores do número de idosos criou-se então esta preocupação. Na década de 80 nasce a ideia do apoio domiciliário face ao aumento do número de idosos e aos elevados custos das estruturas de residência para idosos. Mais tarde veio a ser considerado como categoria social inerente à proteção social dos indivíduos, pela OCDE em 2004, “(...) as despesas com os serviços prestados aos dependentes e pessoas com deficiência, considerando-os determinantes para o seu bem-estar.” (Carvalho, 2012:18).

Segundo Maria de Lurdes Quaresma (1996), os cuidadores informais revelam, entre outras, grandes necessidades ao nível económico, falta de e de apoio, formação e ajuda técnica no que toca aos cuidados primários e falta de recursos de apoio na comunidade.

Para tal existem algumas estratégias políticas por parte do Estado, tendo como uma das principais medidas a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI).

A RNCCI foi criada em 2006, com o objetivo de criar um conjunto de instituições públicas e privadas, que recebessem utentes, não com o intuito de curar clinicamente, mas sim de recuperar e reabilitar, prestando apoio social, físico e psicológico. É composta por quatro unidades principais: Unidades de convalescença, Unidades de média duração e reabilitação, Unidades de longa duração e manutenção e Unidades

Cuidados paliativos e ainda Equipa de cuidados integrados. (Instituto da Segurança Social, I.P. 2017).

Assumindo a existência de um cuidador, segundo Brandão, Ribeiro e Martín (2012) existem ainda outras opções, dentro da esfera privada, que possibilitam o descanso do cuidador. São estruturas que estão vocacionadas para o apoio a pessoas em situação de dependência, mas que já não necessitam de cuidados médicos intensivos, serviços esses prestados através de IPSS e Hospitais de Retaguarda.

Para Caldas (2003), é necessário que existam incentivos financeiros, que consigam garantir a qualidade de vida dos cuidadores e dos idosos, no caso prestação do cuidado colocar em risco a vida profissional e social do cuidador, a fim de o mesmo prestar a assistência adequada. São exemplos destes incentivos o complemento por dependência e o apoio à terceira pessoa.

A par de tudo o que já foi dito sobre a importância da família nesta fase da vida do indivíduo e no que toca ao cuidado, Caldas (2003) enfoca que a falta de informação e formação dada aos cuidadores, bem como a falta de disponibilidade dos mesmos, para estarem presentes, para cuidar e responsabilizarem-se pelo familiar. Quando temos presentes estes fatores, corremos o risco de criar situações de maus-tratos a todos os níveis, bem como, num caso mais extremo, abandono.

É importante referir que estes fatores são possíveis e comuns no processo de alta hospitalar, conforme poderemos confirmar com os resultados desta investigação.

#### **4.2- Rede Nacional de Cuidados Continuados como Alternativa**

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, “é constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam (ou virão a prestar) cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias.” (Instituto da Segurança Social I.P., 2017:4).

Está dividida em quatro unidades diferentes de internamento, com o objetivo de recuperação do utente e que o mesmo consiga um retorno a casa independente, à exceção da unidade de cuidados Paliativos onde são prestados cuidados não evasivos

até ao fim da vida do utente, são então Unidade de convalescença, Unidade de Média duração e reabilitação e Unidade de longa duração e de Recuperação. Existe ainda a possibilidade de apoio do utente em casa através de equipas de Cuidados Integrados.

A equipa de gestão de altas é o elemento de referência na articulação dos recursos intra e extra-hospitalares. Compete-lhe, articular com a equipa funcionais para a programação das altas do doente com necessidade de ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuado Integrados (RNCCI).

No que toca ao tema deste trabalho, considero a RNCCI uma alternativa à situação de protelamento hospitalar, como sendo um recurso onde enquanto se aguarda a resolução e as necessidades adequadas para o idoso voltar a casa, poderá receber neste local todos os cuidados de saúde e psicológicos adequados.

Em 2015 a RNCCI, tinha cerca de 7.759 camas nas suas diversas unidades espalhadas por Portugal Continental.

**Figura I- Nº de camas RNCCI 2015**

Nº DE CAMAS CONTRATADAS EM FUNCIONAMENTO a 31-12-15						
TIPOLOGIAS	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	TOTAL
Convalescença	157	236	167	135	69	764
Média Duração e Reabilitação	619	719	673	186	109	2.306
Longa Duração e Manutenção	1.360	1.247	1.041	425	338	4.411
Paliativos	41	69	139	19	10	278
<b>TOTAL</b>	<b>2.177</b>	<b>2.271</b>	<b>2.020</b>	<b>765</b>	<b>526</b>	<b>7.759</b>

Fonte: ACSS, 2015

Segundo o relatório de monitorização da RNCCI (2015) os utentes com idade superior a 65 anos eram cerca 83,9% do total, sendo a população feminina que tem maior número de entradas correspondendo a 54,9% do total de utentes e desses 49% dos utentes da Rede são do sexo feminino com idade superior a 65 anos. Em relação à taxa de ocupação, as unidades que compõem a RNCCI têm uma taxa de ocupação elevada, destacando-se a tipologia de ULDM 97%, seguida de UMDR, com 94%, e de UC e UCP, com 91% (Adm. Central de Saúde, 2015)

### **5- Internamento Hospitalar**

A instituição hospitalar assumiu hoje um papel de racionalidade e eficiência, ganhando visibilidade a preocupação com a qualidade dos cuidados. (Cabete, 2002)

O internamento hospitalar assume-se como uma experiência que produz diversas emoções, de certa forma ameaçadoras daquilo que é o contexto familiar do doente, ou seja, os idosos são afastados do seu contexto familiar e integrados para um ambiente frio, com desconhecidos, onde são submetidos a rotinas desconhecidas e estão sobre autoridade de desconhecidos. “A hospitalização é uma experiência assustadora para doentes de todas as idades e leva a sentimentos de isolamento e solidão. O medo da doença, um ambiente estranho e impessoal, o peso institucional, os procedimentos médicos, entre outros, são fatores reconhecidos e geradores de stress” (Cabete, 2002:18-19).

No processo de internamento desenvolveram-se estratégias de intervenção que compreendem a comunicação doente-família-comunidade. A importância da comunicação na equipa multidisciplinar sobre a terapêutica e continuidade de cuidados, traduz-se num sentimento de atendimento/acompanhamento social e psicológico junto dos utentes e familiares. A não comunicação entre as redes poderá traduzir-se em sentimentos negativos, incerteza e redutores de evolução do tratamento. “ (...)até porque profissionais e doente não falam a mesma linguagem, não só sob o ponto de vista da comunicação verbal como conceitos (...) A doença, a falta de informação, a não obtenção de respostas às questões, a separação da família e as dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde são alguns dos principais agentes de stress identificados pelos doentes. (Brouchon-Schweitzer, Quintard & Pulhan, 1994, in Cabete, 2002:20).

Segundo Cabete (2002) o idoso vai perdendo as suas capacidades de resignação, adaptação e recuperação sendo por isso o processo de internamento um momento de extremos stress. O idoso vê a suas rotinas alteradas e vê-se sem poder para as contrariar, o que pode levar a sentimentos de solidão.

A solidão tem sido vista como um dos maiores problemas das pessoas de idade avançada. Todos os aspetos que possam diminuir a autoestima do idoso podem,

simultaneamente, aumentar a respetiva solidão: perda de papéis, problemas de saúde, reforma, isolamento social, etc.

A perceção do internamento hospitalar no idoso pode resultar de fatores situacionais e características pessoais. Nos fatores situacionais pode incluir-se a diminuição de contacto social, o estatuto social em disponibilidade, perda relacional, redes sociais inadequadas, situações novas, entraves indiretos ao contacto social, fracasso e fatores temporais. As características pessoais que podem levar à emergência da solidão são: a depressão, a timidez, a autoestima, as habilidades sociais.

Resumindo, o internamento hospitalar no idoso pode causar “(...) não só problemas cognitivos (...). O estado emocional será porventura o mais afetado, (...) A ansiedade e depressão podem atingir níveis altamente perturbadores podendo ser tanto ou mais incapacitantes que o declínio funcional.” (Cabete, 2002:41)

Um estudo de Cabete (2002), que tinha como objetivo perceber o impacto do internamento no idoso, concluiu que, durante o processo de internamento, o utente é um sujeito que fica passivo no espaço – confinado à cama de hospital; passivo na ação – restringido no espaço hospitalar, tomado pelos cuidados dos outros; e ainda passivo na decisão – não tem voz no seu tratamento e na evolução do mesmo (Cabete, 2002).

O estudo critica ainda a forma de aplicação das práticas por parte dos profissionais que se restringem apenas ao “corpo do utente”, esquecendo tudo o resto, provocando o sentimento de que o internamento é uma coisa má, fria, que aponta a um nível de stress para além das limitações físicas que daí advém.

### **5.1- O Serviço Social Hospitalar**

O Serviço Social Hospitalar, só em 1946, com a Lei nº 2011 de 2 de Abril, que promulga as Bases para a Organização Hospitalar, é incluído nos hospitais, como complemento do diagnóstico clínico, surgindo assim, três aspetos que ainda hoje subsistem como características do Serviço Social na Saúde: o seu carácter subsidiário, a sua função humanizadora e o seu papel de mediador.

Os conhecimentos do Técnico de Serviço Social, abrangem uma diversidade temática e simultaneamente um conjunto de conhecimentos específicos que o levam à compreensão dos comportamentos individuais, coletivos e dos processos sociais

Os objetivos do Serviço Social inserem-se nos objetivos gerais da Instituição de Saúde da qual é parte integrante e que são: promover; recuperar; ver; reabilitar a saúde. (Carvalho, 2012)

Os objetivos específicos do Serviço Social são:

- Participar na definição, reformulação, execução e avaliação de políticas de saúde, no âmbito da sua competência;
- Participar na criação de condições, que conduzem à elaboração de planos integrados de desenvolvimento, considerando este fator condicionante da saúde da população;
- Contribuir para o estudo das variáveis socioeconómicas e culturais, que incidem na etiologia, distribuição e desenvolvimento da doença, bem como das suas consequências sociais;
- Capacitar os indivíduos, grupos e comunidades, para colaborarem de forma objetiva, na resolução de problemas, relacionados com aspetos de saúde, assumindo-se como agentes de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, encarando-a como valor coletivo.

(Carvalho, 2012)

## **5.2- Planeamento de altas/ Continuidade de Cuidados**

Planeamento e altas/ Continuidade de cuidados (PA/CC) é o conjunto de atividades, prosseguidas por uma equipa multidisciplinar de cuidados, ao longo do período de internamento, com a finalidade de facilitar a transferência, adequada e em tempo útil, do doente para outra instituição ou para a comunidade, de forma a garantir a continuidade da prestação de cuidados. Este processo dever iniciar-se no momento da admissão, ou até antes, e só termina no momento da alta. O PA/CC permite reduzir os custos associados a dias de internamento inapropriados em hospital de agudos, através da transferência dos doentes para a respetiva residência ou para instituições onde lhes possam ser prestados cuidados menos diferenciados, adequados à sua situação. O facto



de os doentes deixarem de ocupar camas em unidades diferenciadas, numa altura em que já não necessitam deste tipo de cuidados, permitirá que as mesmas sejam ocupadas por doentes que delas necessitem, o que se traduz na devia rentabilização deste tipo de unidades diferenciadas.

Segundo a Circular Informativa Nº12/DSPCS, o planeamento de alta deve abordar as carências, físicas e psicossociais, bem como a necessidade de utilização de equipamentos ou serviços e prestação de formação por parte da equipa multidisciplinar, desde a entrada do utente nos serviços. Neste processo a família e o doente devem ser constantemente informados das alterações a efetuar, tratamento e necessidades. O contacto com a família é considerado um potenciador de um pós-alta favorável ao doente e deve ser levado em considerações pelas equipas multidisciplinares.

A importância do planeamento de altas hospitalares não é “somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes nas suas famílias e comunidades (...) é um processo complexo que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o doente a sua família” (Circular Informativa Nº12/DSPCS, 2004:2-3).

Flesch & Araujo (2014) consideram que o planeamento da alta é o processo de transição para o que serão cuidados domiciliários. Estabelecem desafios na manutenção da vida ativa do utente, bem como na preservação da terapêutica. Para tal é necessário que a equipa multidisciplinar funcione, e procure preservar a relação de confiança com o utente e com a família, demonstrando apoio e equilíbrio na transição para o domicílio. Assim, é de extrema importância a formação/ educação dos profissionais aos cuidadores/ familiares para o pós-alta: “(...)a equipa de saúde deve desenvolver um plano global de conduta terapêutica, cuja logística inclui educação do paciente e da família e, sobretudo, coordenação entre profissionais diretamente implicados, em articulação com os serviços comunitários” (Flesch & Araujo, 2014:228).

O PA/CC tem por finalidade prestar assistência aos doentes e às suas famílias, garantindo que os cuidados que lhes foram prestados durante o internamento hospitalar e os ganhos daí decorrente para a sua saúde serão mantidos após a alta hospitalar. Os principais objetivos são:

- Assegurar os cuidados necessários aos doentes após o internamento desde o primeiro dia da alta;
- Reduzir os dias de internamento inapropriados em hospitais;
- Diminuir os encargos financeiros decorrentes do protelamento de altas;
- Contribuir para uma maior capacidade de atendimento hospitalar;
- Minimizar o risco de readmissões;
- Garantir a qualidade da continuidade de cuidados que o doente carece.

Dolores Colom (2000), define 13 etapas do processo de alta:

1. Primeira entrevista
2. Estudo da situação socio-sanitária do utente
3. Registo da informação e comunicação
4. Elaboração do primeiro diagnóstico social
5. Elaboração do plano de trabalho
6. Análise dos recursos comunitários existentes
7. Decisão
8. Resolução das necessidades
9. A alta social
10. A alta médica
11. A transição
12. O seguimento
13. Identificação de recursos comunitários não existentes.

(Colom, 2000:281-295)

Nas primeiras três fases é fundamental identificar, desde a admissão, aqueles que vão necessitar de um esforço de planeamento mais intenso, sob pena de por em risco a continuidade dos seus cuidados. Nesse sentido é necessário disponibilizar diariamente a lista de doentes admitidos nos vários serviços de internamento do hospital. A identificação de doentes problemáticos é feita através do recurso a todos os elementos de informação possíveis, quer os disponíveis no momento da admissão, normalmente contidos na folha de admissão, quer os que se possam conhecer posteriormente, através da consulta do processo clínico e entrevista ao doente, aos seus familiares, observação do seu comportamento, indicadores socioeconómicos e indicadores clínicos.

Na terceira, sexta e última fase é importante a avaliação de necessidades em cuidados para depois da alta. Esta avaliação deverá ser feita por uma equipa multidisciplinar de cuidados. A compreensão do tratamento e da doença e o impacto desta, no doente e na família a nível psicológico, social e financeiro, são alguns dos aspetos que devem ser considerados no processo de avaliação. Para a implementação do projeto deverá ser constituída uma equipa por serviços, equipa multidisciplinar, constituída pelo direto do serviço, enfermeiro chefe e técnica de Serviço Social.

Na quinta, sétima e oitava fase, deverão ser estabelecidos os planos individuais de cuidados para a alta e os programas de ensino ao doente e à família. Devem ser identificadas as necessidades do doente e as várias alternativas existentes para resolver os seus problemas, e quais as consequências de cada uma, com vista a que o doente/família possa tomar uma decisão.

Na nona e décima fase deverão implementar-se planos de ação. A equipa nomeada é responsável por assegurar que os recursos necessários à continuidade de cuidados estejam disponíveis no momento da alta. Para além disso, tem de garantir que as instruções médicas, sociais, de enfermagem e outras sejam preparadas de forma a poderem acompanhar o doente. É necessário que a equipa possua um diretório atualizado dos recursos existentes na comunidade, estabeleça contactos periódicos com as instituições existentes, conheça a sua capacidade de resposta e o seu nível de qualidade na prestação de cuidados continuados, sendo importante o estabelecimento de protocolos para a transferência de doentes do hospital para essas instituições.

Na décima primeira e décima segunda fases deverá proceder-se à avaliação. O processo de PA/CC termina com a avaliação dos resultados dos planos de cuidados através, nomeadamente, do “follow-up” do doente (Colom, 2000).

#### **5.2.1-Importância da equipa de gestão de altas**

A equipa de gestão de altas é o elemento de referência na articulação dos recursos intra e extra-hospitalares. Compete-lhe:

- Articular com as equipas funcionais para a programação das altas do doente com necessidade de ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCII);
- Efetuar análise da situação de cada doente com evidências de necessidade de encaminhamento para RNCCII, definir tipologia e proceder à referenciação do mesmo;
- Articular com a Equipa de Coordenação Local (E.C.L) e a Equipa de Coordenadora Regional (E.C.R) de modo a promover o acesso e gestão dos doentes na RNCCII;
- Articular com as diferentes Unidades Prestadoras da RNCCII, contactos privilegiados do doente e serviços intra-hospitalares nos processos de alta do CHMT, admissão na RNCCII, situações de agudizações do doente e outras que requeiram o seu contacto com o CHMT;
- Monitorizar e avaliar indicadores de processo e de resultados.

(Regulamento- Equipa de Gestão de Altas do CMHT, 2015)

A EGA tem como missão garantir o acesso dos doentes às unidades prestadoras integradas na RNCCII, por intermédio da preparação e gestão de altas hospitalares, com outros serviços para utentes que requerem suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório, o qual se concretiza através dos seguintes objetivos:

- A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à precisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;

- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na perspetiva de qualificação e na prestação de cuidados;
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados.

(Regulamento- Equipa de Gestão de Altas do CMHT, 2015)

### **6- Família enquanto prestadora de cuidados**

A família constitui-se como tema central da política social, no sentido de analisar todos os fatores que condicionam o bem-estar da família, como o emprego, a habitação, a saúde, a conciliação do trabalho com a família, entre outros. As famílias têm sofrido, nos últimos anos, alterações do ponto de vista estrutural, por diversos motivos, como o desemprego, entrada da mulher no mercado de trabalho, entre outros. No entanto poderá segundo Rodrigues e Soares existir uma vantagem de aprendizagem na presença de um idoso na família, uma vez que “(...) além de ter uma história pessoal a oferecer ao ambiente, representa ainda a história da estrutura familiar em si. São eles, os transmissores de crenças, valores que contribuem para a formação de indivíduos conscientes de suas raízes ajudando a construir seus referenciais sociais.” (Rodrigues e Soares, 2006:16).

Constança Paúl (2005) define rede de apoio informal como, “incluindo quer estruturas da vida social de um indivíduo (como a pertença a um grupo ou a existência de laços familiares) quer funções explícitas, instrumentais ou sócio-afectivas, como o apoio emocional, informativo, tangível e de pertença” (Paúl, 2005:277).

Cuidar, é compreender a pessoa no seu contexto de vida e, juntamente com a pessoa, descobrir o que influencia o seu bem-estar “(...)é um ato complexo uma vez que confronta o cuidador com a realização de um conjunto de novas funções ou tarefas para as quais não está naturalmente preparado (...) pois a situação de cuidar de um familiar idoso dependente está, muitas vezes, repleta de dúvidas, incompreensões, medos ou receios que podem e devem ser ultrapassados com formação e informação adequada

às suas necessidades.” (Souza & Rua (coord.) 2013:60). Este processo implica o conhecimento da pessoa cuidada e o estabelecimento de uma relação de ajuda, sendo cuidador e pessoa cuidada, parceiros num cuidado individualizado.

Para Carvalho (2009), a principal chave na prestação de cuidados nas redes informais é o tipo de relacionamento entre as partes, uma relação de comprometimento e confiança, duradoura e construtiva.

Segundo Lage (2007), a função da família prestadora de cuidados recai principalmente num único cuidador informal, ou seja, apenas uma pessoa é prestadora de cuidados. Este papel leva o cuidador a estar sobre situações de grande sofrimento e stress, é facilmente levado a estados de irritabilidade, tensão, fadiga, podendo mesmo interferir com a sua vida pessoal, familiar, social e profissional.

Segundo o Conselho Económico e Social, (1994) as cuidadoras informais são geralmente cônjuges e descendentes, principalmente as do sexo feminino. Num estudo de Wolff e Kasper (in Pereira & Carvalho, 2012) 41,3% dos cuidadores de idosos dependentes eram filhos adultos e 38,4% conjugues

O apoio familiar prestado advém em grande parte daquilo que é a moralidade relacional, “(...)implícita no dever moral associado à autoridade, aos princípios e valores que organizavam a sociedade tradicional, onde a comunidade, a solidariedade e a identidade tinham subjacentes princípios do dever moral. (Carvalho, 2009).

### **6.1-O impacto de ser cuidador informal**

As famílias cuidadoras apresentam diferentes tipos de necessidades, ao nível dos aspetos materiais, sociais, educacionais, financeiros, entre outros. Para além de necessidades, estão sujeitas uma sobrecarga que, para além de social, pode ser profissional e económica (Caldas, 2003).

Given e Given (1991) consideram que o cuidador informal está vulnerável a uma sobrecarga, a qual definem como “reação biopsicossocial experimentada pelos cuidadores resultante do desequilíbrio entre exigências e recursos” (Given e Given 1991, in Lage, 2007:129).

Para Pearlin et al. (1990), sobrecarga é definida como um conjunto de “(...) consequências físicas, psicológicas e sociais resultantes do ato de cuidar de um indivíduo quando este se encontra dependente da prestação ininterrupta de cuidados” (Pereira & Carvalho, 2012:371).

Num estudo de Custódio e colegas (in Sousa e Rua 2013), que tinha como objetivo perceber como é sentida a sobrecarga nos cuidadores informais e de que forma os mesmos lidam com esse impacto, os autores concluem que os cuidadores informais sentem dificuldade em saber como reagir e encarar as barreiras no que toca à efetiva prestação de cuidados e revelam dificuldades na procura de alternativas quando se deparam com estas barreiras e vêm a capacidade de resolver estes problemas diminuída.

O estudo de Pereira e Carvalho (2012) teve como objetivo obter uma relação entre qualidade de vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbilidade psicológica dos cuidadores. Como resultado, foi possível verificar que o aumento da sobrecarga está diretamente ligado à dimensão ambiental da qualidade de vida, tendo assim os cônjuges que praticam o cuidado informal, pior qualidade de vida e mais ansiedade.

Lage (2007) cita Platty e Hirsch (1981) e ainda Thompson e Doll (1982) para explicar duas categorias diferentes de sobrecarga dos cuidadores:

- Objetiva – relacionada com acontecimentos e atividades;
- Subjetiva – relacionada com sentimentos, emoções e atitudes associadas com as atividades (Lage, 2007:129).

O estado de saúde e as solicitações do doente podem absorver de tal forma o tempo do cuidador que este/a se vê confrontado/a com uma grande e contínua sobrecarga física e emocional, que conduz a um isolamento e diminuição de contactos sociais. A situação de doença prolongada de um familiar pode ser interpretada como uma situação de crise geradora de stresse, ou seja, uma ameaça ao equilíbrio no funcionamento pessoal, familiar e social.

## **Capítulo II- Metodologia**

### **1- Objetivos**

Os objetivos apontam para o que se deseja alcançar, para um fim desejado, com a elaboração de um determinado projeto. Só com a sua correta definição o projeto se torna explícito. A adequada formulação dos objetivos, geral e específicos, a atingir facilita a elaboração de um bom projeto. Os objetivos gerais são aqueles que definem os princípios pressupostos do projeto, os objetivos específicos são os objetivos posteriores que complementam e consolidam o objetivo geral.

#### **1.1- Objetivos Gerais**

- Pretende-se com esta pesquisa analisar os principais fatores que levam ao protelamento de alta hospitalar em pessoas idosas, e os fatores que estão na sua origem.

#### **1.2- Objetivos Específicos**

- ➔ Caracterizar o planeamento de alta em meio hospitalar
- ➔ Perceber se tem existido ou não um aumento de protelamento de altas em pessoas idosas.
- ➔ Analisar o contributo do Projeto de Lei nº 61/XIII e do Projeto de Lei nº 62/XIII, em meio hospitalar.
- ➔ Contribuir para a criação de novas políticas sobre este tema, bem como para a reformulação de algumas já existentes.

### **2-Metodologia**

A metodologia, é uma disciplina normativa definida como o estudo sistemático e logico dos princípios que dirigem a pesquisa científica, desde suposições básicas até técnicas de integração. Interessa-se pela validade e na capacidade de fornecer certos conhecimentos. Nesse contexto teórico há, de um lado, quadros teóricos de referência (o conhecimento académico) para a sua validade e, de outro, conhecimentos empíricos. (Robertis,1992)



A metodologia contempla a fase exploratória de estabelecimento de critérios de amostragem, entre outros, e a definição de instrumentos e procedimentos para síntese e análise de dados e informações, destacando o método.

Métodos e técnicas são considerados vários caminhos por onde seguir, pois utilizam-se vários métodos e técnicas para explicar os fenómenos.

O método pode ser considerado uma estratégia integrada de pesquisa que organiza criticamente as práticas de investigação. Segundo Cristina Robertis, “o método é a maneira de fazer algo seguindo determinados princípios e com uma certa ordem “ (Robertis, 1992:66).

Entende-se por técnicas, um conjunto de procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados na recolha e tratamento da informação requerida pela atividade de pesquisa. O uso de certas técnicas para a recolha de informação depende do estudo, mais precisamente, dos seus objetivos e da sua metodologia particular com o intuito de atingir os objetivos.

No sentido de concretizar os objetivos gerais e específicos formulados, a metodologia utilizada teve como base a investigação qualitativa através de diversos instrumentos de recolha de informação. O método escolhido foi o estudo de caso que examina um fenómeno social no seu ambiente natural, através da recolha e análise de material empírico a partir de locais sociais específicos, tendo como objetivos fundamentais, aprofundar o conhecimento científico sobre determinados fenómenos sociais, de modo a permitir construir uma teoria ou testar conceitos teóricos e relações entre os mesmos (Chizzotti,2003).

Neste estudo foi realizada uma análise aos Processos Clínicos e Sociais dos doentes com idosos com protelamento de alta no hospital de Abrantes nos anos 2015 e 2016.

O período escolhido deve-se ao facto, de apenas em 2015 ter começado a ser necessária a contabilização oficial, por parte dos assistentes sociais do Hospital do de Abrantes, destes mesmos casos.

A escolha do Hospital de Abrantes deveu-se à anterior experiência de estágio curricular da licenciatura em Serviço Social. A sua localização geográfica a nível social é um ponto também de interesse, uma vez que Abrantes é considerado um dos maiores concelhos do país, tendo uma superfície de 713,49 km<sup>2</sup>, onde residiam até 2011, 39 325 habitantes (Censos 2011). O concelho de Abrantes é composto por 19 freguesias, sendo que quatro fazem parte do perímetro urbano.

Atualmente este concelho passa por um envelhecimento demográfico, que é visível não só na cidade de Abrantes, como no resto do país. Este envelhecimento é mais visível nas áreas rurais, que devido a fenómenos demográficos, como o êxodo para outros concelhos, leva a um crescimento demográfico negativo. As causas deste envelhecimento no concelho são: a baixa taxa de natalidade, redução de fecundidade, a não renovação de gerações, e por fim, o aumento da esperança média de vida.

A materialização deste exercício de avaliação obrigou à elaboração de alguns instrumentos, nomeadamente grelhas de registo, metodológicos de recolha, sistematização e análise de informações. O seu preenchimento procura o rigor e a exaustividade de conteúdos registando, confrontando e associando sempre informações. Foi também utilizada a pesquisa exploratória que permite desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias através de livros, legislação revistas, artigos de internet. Para analisar os resultados destes mesmos instrumentos foi utilizado a metodologia quantitativa, sendo por isso utilizadas nesta dissertação uma metodologia mista.

### **3-Estudo de Caso**

A metodologia qualitativa tem sido vastamente utilizada pelos investigadores das Ciências Sociais e Humanas. Esta metodologia “(...) implica uma partilha densa com pessoas, factos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível” (Chizzotti,2003:222).

A investigação qualitativa apresenta como características que os dados são palavras (evidências, indícios críticos). Não existe, à priori, uma decisão em relação à apresentação dos dados, depende dos dados recolhidos. Os dados podem tornar

diferentes formas como notas de campo, documentos, notas de entrevistas, gravações, artefactos, entre outros. A tabulação limita-se a ajudar na identificação dos padrões e significados.

O estudo de caso é um dos métodos mais utilizados em investigação nas Ciências Sociais (Yin, 1994). Este método é, “(...) uma investigação empírica que investiga o fenómeno no seu ambiente, natural, quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não bem definidas (...) em que múltiplas fontes de evidência, são usadas (Yin, 1994:13).

É utilizado principalmente, quando queremos responder a questões de “como” e “porquê” quando o investigador tem “(...) pouco controlo sobre os acontecimentos, e quando o foco está nos fenómenos contemporâneos dentro do contexto da vida real”(Yin 1994:10).

Assim, poderemos considerar que um estudo de caso é um método que possibilita uma análise profunda e intensa sobre os diferentes aspetos de um acontecimento/realidade, no seu meio natural, criando assim, o caso.

Stake (2000) apresenta três diferentes tipos de estudo de caso: o Intrínseco, em que é trabalhado apenas um único caso, dado a sua relevância e interesse; instrumental, que foi o tipo escolhido para esta dissertação, uma vez em que se analisa um caso com o objetivo de compreender uma realidade ou contradizer uma ideia generalizada; Coletivo em que se analisam diferentes casos para chegar a uma realidade ou sobre um conjunto mais abrangente de dados. (Alves-Mazzotti, 2006).

#### **4-Análise de conteúdo**

A análise de conteúdo, é definida como uma técnica de tratamento de informação que promove “ a passagem da descrição à interpretação, enquanto atribuição de sentido às características do material que foram levantadas, enumeradas e organizadas” (Bardin, 1979 in Vala 1989:103).

A construção e o alvo da análise de conteúdo “(...) é concebido como o resultado de uma rede complexa de condições de produção, cabendo ao analista construir um

modelo capaz de permitir inferências sobre uma ou varias condições de produção.” (Vala 1989:104)

A análise de conteúdo pode ser utilizada em diferentes domínios e níveis de investigação. Tem como vantagens o facto de poder ser trabalhada em dados que não foram pensados para a investigação empírica (Vala, 1989). Como tal, a escolha recaiu sobre esta técnica.

Com efeito, neste estudo foi realizada uma análise aos Processos Clínicos e Sociais dos doentes idosos com protelamento de alta no hospital de Abrantes nos anos 2015 e 2016, tendo para isso sido criadas 3 categorias de análise:

- Categoria 1 – Caracterização sociodemográfica do idoso (compreender as características individuais de cada idoso no momento do internamento)
- Categoria 2 – Trabalho social realizado (compreender o tipo de diligências efetuadas ao longo do internamento do idoso por parte do serviço social)
- Categoria 3 – Ação e resolução do caso (compreender quais os dias de protelamento de cada idoso, e as principais causas de protelamento)

## **5- Delineamento do estudo**

O objeto de estudo escolhido são pessoas idosas em regime de internamento no Hospital de Abrantes. A relevância deste tema, e através da fundamentação teórica atrás descrita, prende-se com o facto de estarmos num país que está a envelhecer rapidamente, o que traz mais fragilidades a diferentes níveis, e no que toca à saúde pode ser gerador de dependência. Assim, este estudo permitirá perceber como é feito o planeamento de altas a nível hospitalar em pessoas idosas, e em que medida esse planeamento permite que pessoas idosas, no momento da alta clínica, reúna todas as condições para regressar ao seu meio familiar ou institucional onde está inserido, mas com a certeza que todos os seus objetivos de recuperação vão ser alcançados. A par disto, sendo este um Mestrado em Política Social, considero interessante perceber em que medida as políticas de saúde, estão preparadas para realizar o planeamento de altas em pessoas idosas, que medidas existem e como estão a ser executadas em Portugal.

### Participantes

A amostra deste estudo é constituída pelos processos dos 74 indivíduos, todos ex-utentes em regime de internamento no Hospital de Abrantes, nos anos 2015 e 2016, com idades compreendidas entre os 68 e os 104 anos e que manifestaram necessidade de protelamento de alta social.

Com a intenção de perceber quais os principais motivos do protelamento de alta deste grupo acima anunciado, a investigação teve como base a análise dos respetivos processos sociais individuais, disponibilizados pelo Hospital de Abrantes, através da plataforma informática interna GISS.

### Instrumento e procedimento de recolha de dados

Considerando os objetivos desta dissertação, a investigação aqui apresentada encontra-se centrada numa metodologia qualitativa com recurso à análise de conteúdo, acima explicada. Esta corresponde à análise dos respetivos processos sociais individuais dos utentes idosos com protelamento de alta nos anos 2015 e 2016, disponibilizados pelo Hospital de Abrantes, através da plataforma informática interna “GISS – Gestão de Informação do Serviço Social.”

Para interpretar as grelhas de análise, especificamente desenhadas para este estudo, com vista a categorizar os dados dos processos sociais a analisar, foram definidas três categorias de análise e respetivos indicadores.

— Categoria 1 – Caracterização sociodemográfica do idoso (compreender as características individuais de cada idoso no momento do internamento)

- Serviço de internamento
- Nome
- Data de nascimento
- Género
- Residência
- Diagnóstico Clínico
- Data de admissão

— Categoria 2 –Trabalho social realizado (compreender o tipo de diligências efetuadas ao longo do internamento do idoso por parte do serviço social)

- Data de Alta Clínica
- Diligências efetuadas (Articulação c/ a família; Articulação com instituições locais; Encaminhamento para a RNCCII, Articulação com redes de proximidade; Avaliação socio-familiar)
- Causas do protelamento (Família sem local onde deixar utente; Utente ficou no hospital a aguardar resolução institucional por parte da família; Utente ficou no hospital a aguardar resolução institucional por parte da segurança social; Utente ficou no hospital a aguardar resolução institucional por parte da família enquanto aguarda vaga na RNCCII; Família recusou alta do doente; Fica a aguardar vaga na RNCCI; Família solicitou protelamento para reorganização familiar; Utente ficou no hospital a aguardar resolução institucional por parte das instituições locais)

— Categoria 3 – Ação e resolução do caso (compreender quais os dias de protelamento de cada idoso, e as principais causas de protelamento)

- Resolução
- Data de saída
- Data de protelamento

Estas categorias foram criadas com base na literatura anteriormente apresentada, bem como com base na minha experiência anterior de estagiária no serviço, e ainda com o contributo da orientadora institucional e do serviço social do Hospital de Abrantes.

A recolha de dados foi efetuada no respeito pelos códigos deontológicos e éticos, a que estou obrigada enquanto investigadora, bem como os códigos estabelecidos pelo Hospital de Abrantes. O acesso aos processos e a respetiva análise só foram realizados depois de obtido o consentimento pela comissão de ética do hospital.

### Tratamento dos dados

Conforme podemos contactar na obra de Bardin (2008) “Análise de Conteúdo”, a análise de conteúdo decorre em três diferentes etapas:

— Pré-análise, que correspondeu neste caso à elaboração das grelhas de análise;

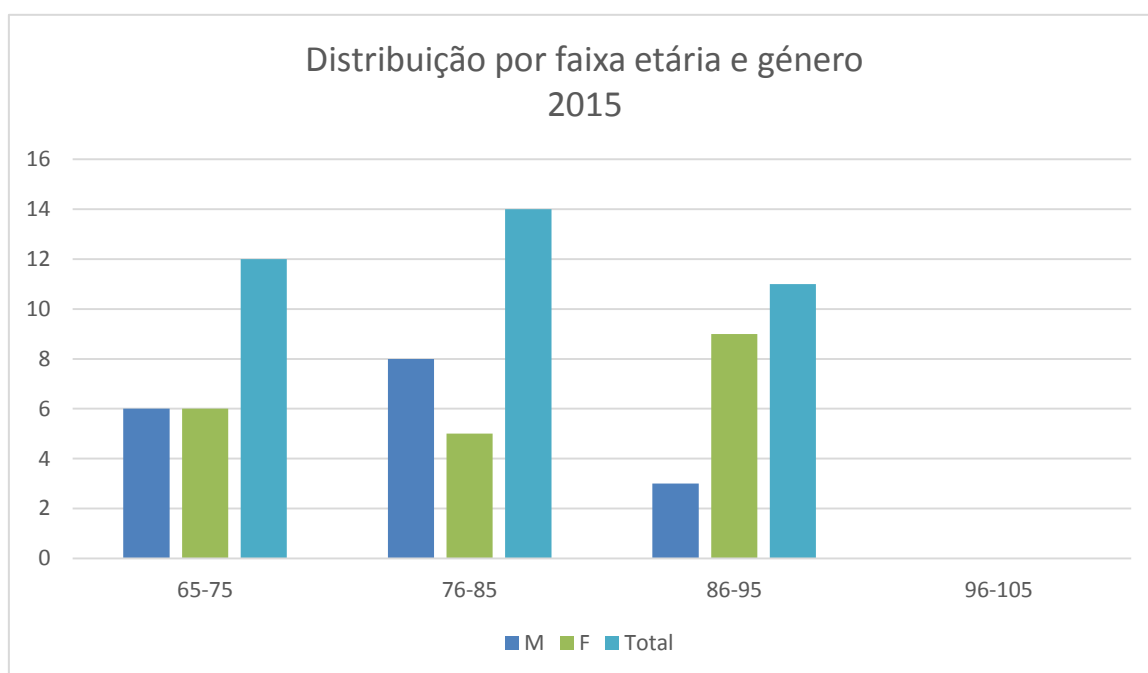
- Exploração do material, onde foram criadas categorias e indicadores a fim de alocar os dados anteriormente recolhidos. Tanto as categorias como os indicadores estão enumerados no ponto anterior. Os mesmos foram desenhados correspondendo aos objetivos, tendo por isso informação que foi considerada indicada para a finalidade deste estudo.
- Tratamento de resultados e interpretação - os dados foram trabalhados em Excel, foram construídas tabelas e gráficos que foram posteriormente sujeitas a interpretações, que passo a apresentar em seguida.

## 6- Análise dos dados

A população-alvo, também designado por amostra, corresponde ao número de indivíduos do universo a estudar. Neste estudo a amostra é composta por 74 utentes, com idades entre os 68 e os 104 anos, que vivenciaram situações de protelamento de alta nos serviços de internamento do Hospital de Abrantes, nos anos 2015 e 2016. O tratamento dos dados recolhidos foi efetuado no programa informático Excel.

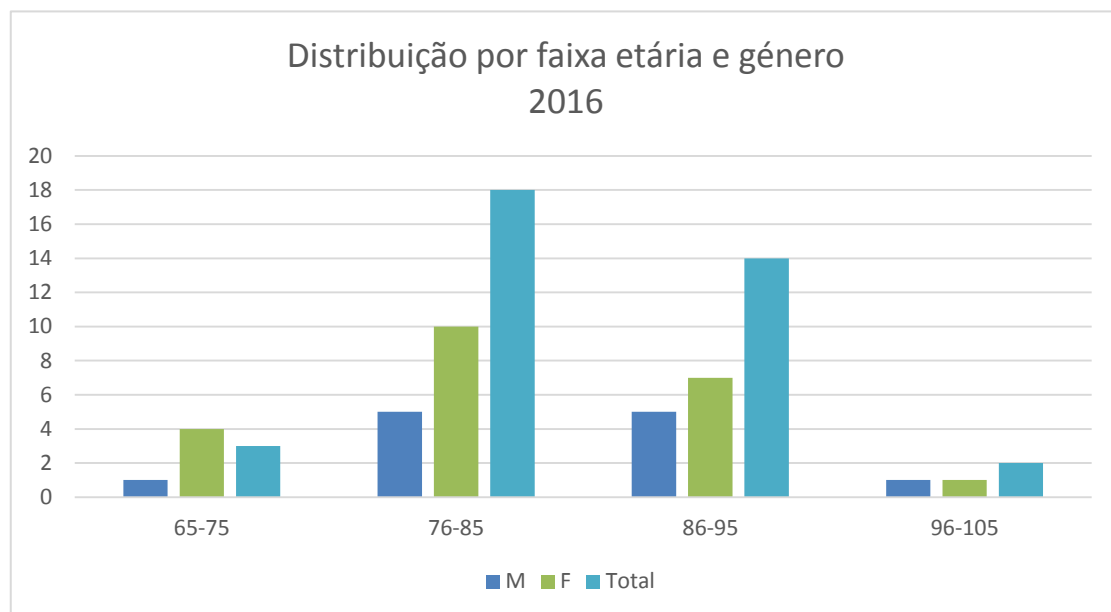
Dos 74 utentes, 30 utentes são do sexo masculino e 44 do sexo feminino, 20.17% (15) têm idades compreendidas entre os 65-75anos, 43.24% correspondem à faixa etária dos 76-85, que é onde se concentra a maior parte dos utentes, 33.78% tem idades entre os 86 e os 95 e por fim 2.70% (2), tem idades entre os 96 e os 105.

**Gráfico I**



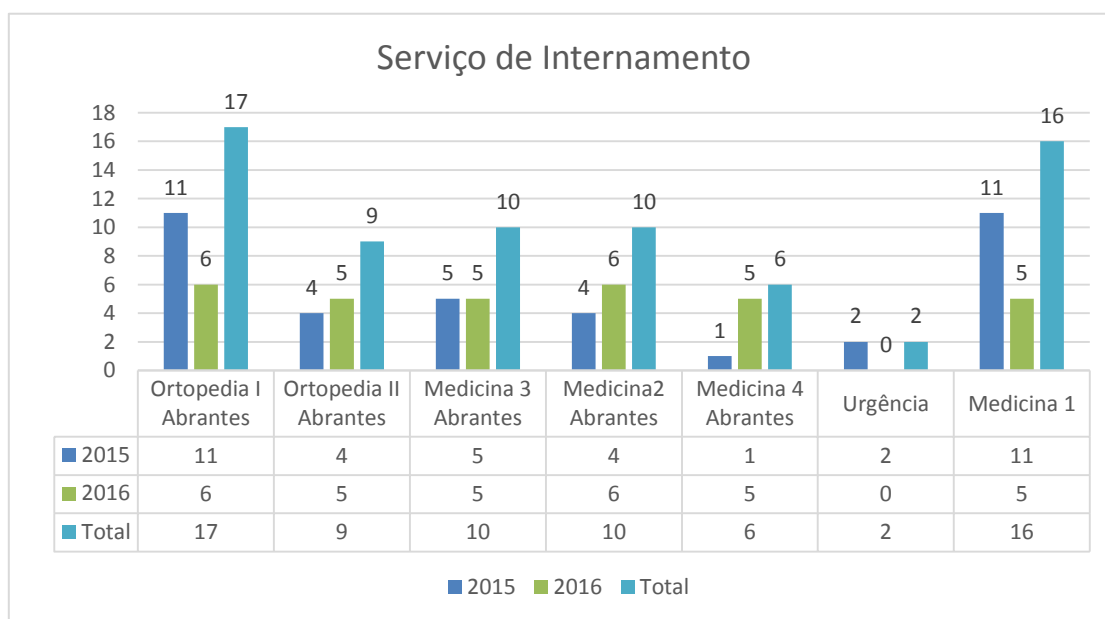
Fonte: Análise processual dos registos informáticos do serviço social dos utentes idosos em protelamento de alta, realizado pela aluna Gilda Rolo Lopes em Maio de 2017



**Gráfico II**

Fonte: Análise processual dos registos informáticos do serviço social dos utentes idosos em protelamento de alta, realizado pela aluna Gilda Rolo Lopes em Maio de 2017

A população acima descrita, aquando do seu internamento no Hospital de Abrantes, concentrou-se, como se pode verificar nos dados abaixo, maioritariamente em 2 serviços que são a Medicina 1 (16) e a Ortopedia I (17), seguidos da Medicina 3 e 2 com 10 utentes cada.

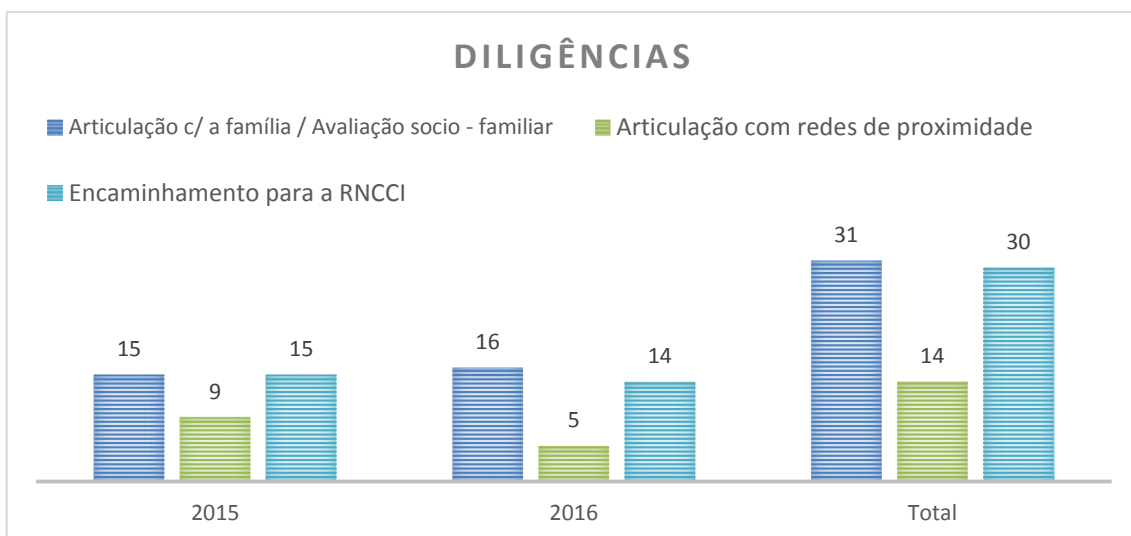
**Gráfico III**

Fonte: Análise processual dos registos informáticos do serviço social dos utentes idosos em protelamento de alta, realizado pela aluna Gilda Rolo Lopes em Maio de 2017

O acolhimento aos doentes e famílias/cuidadores tem como principais objetivos, acolher, integrar, dominar o estado de ansiedade na aceitação da doença e tratamento necessários e principalmente informá-los sobre os seus direitos e deveres e sobre os recursos disponíveis na comunidade.

Como tal, cada internamento aqui analisado foi discutido pela equipa hospitalar multidisciplinar principalmente pelo Serviço Social que, conforme pudemos analisar na revisão de literatura, tem um papel fundamental no serviço hospitalar.

Gráfico IV

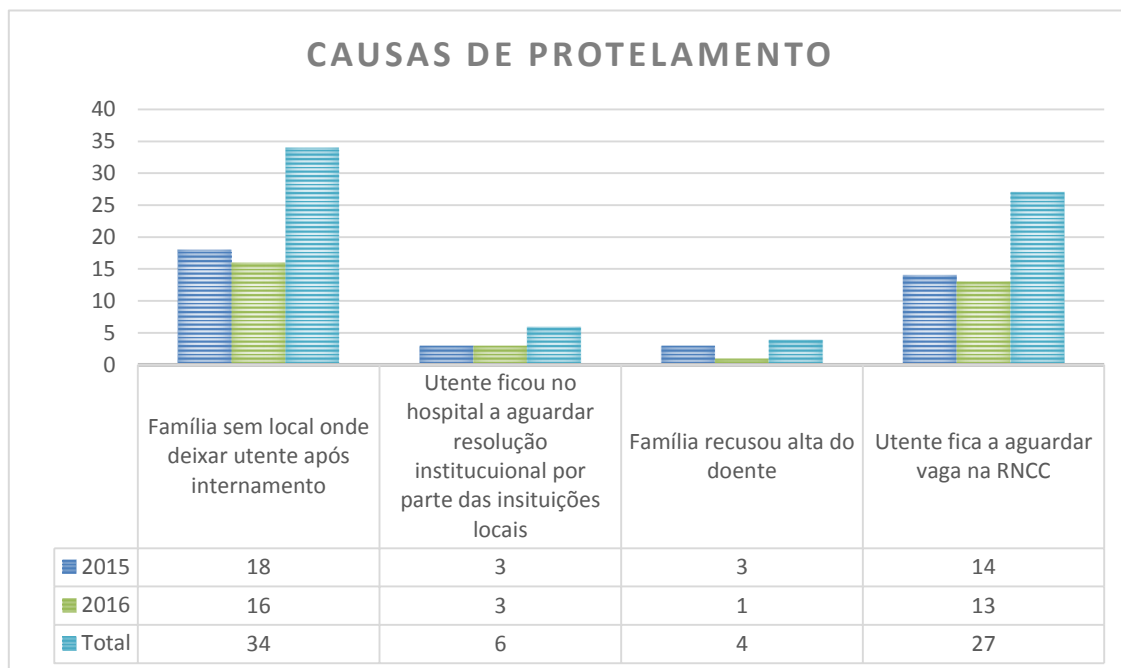


Fonte: Análise processual dos registos informáticos do serviço social dos utentes idosos em protelamento de alta, realizado pela aluna Gilda Rolo Lopes em Maio de 2017

Dos 74 casos de protelamento de alta aqui apresentados, em 31 foi feita a articulação com a família avaliação socio-familiar do utente, durante o internamento, a fim de melhor se planear o pós-alta, em que todas as necessidades possam ser asseguradas tendo sido apresentados os recursos na comunidade, e propostas de acompanhamento pós-alta, esclarecimento de dúvidas, entre outros; em 14 casos foi feita a articulação com as redes de proximidade e instituições locais, a fim de auxiliar a família na escolha do destino do utente no pós-alta, bem como sobre comunicação relativa a utentes já integrados em unidades de residências para idosos e na maioria dos casos foi feita articulação com a segurança social e hospitais de retaguarda; em 30 foram feitas referenciações para a Rede Nacional de Cuidados Continuados. É importante salientar que todas as atividades de reencaminhamento para a RNCC são realizadas em colaboração com a família do utente ou rede de proximidade responsável pelo utente.

No que toca às causas efetivas do protelamento de alta, podemos identificar alguns padrões que se concretizaram em indicadores.

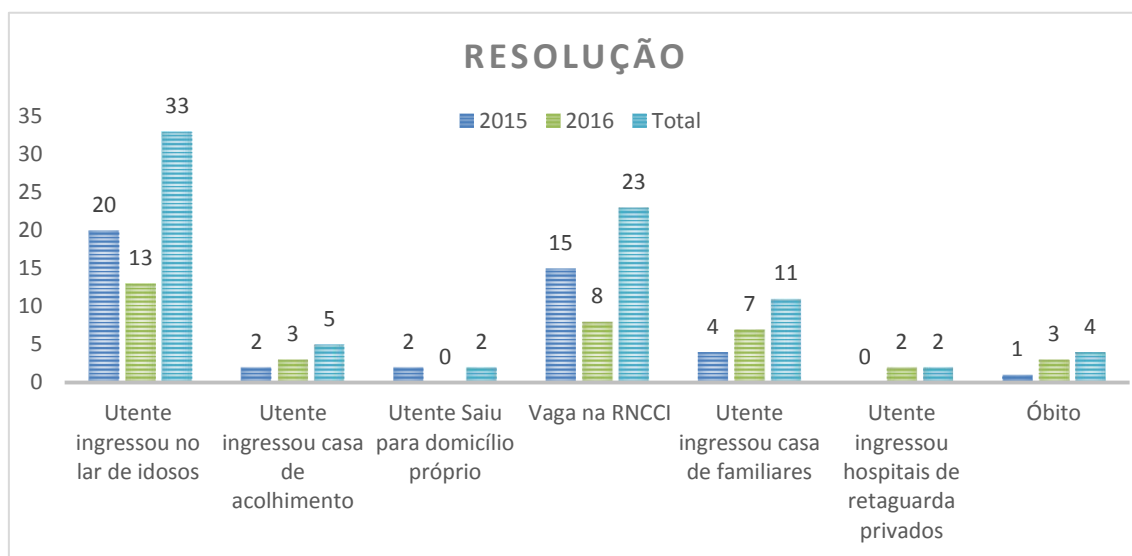
Gráfico V



Fonte: Análise processual dos registos informáticos do serviço social dos utentes idosos em protelamento de alta, realizado pela aluna Gilda Rolo Lopes em Maio de 2017

Ao interpretar os dados acima podemos verificar que, segundo os dados apurados, as principais causas de protelamento prendem-se com a família: em 34 dos 73 casos analisados, 18 em 2015 e 16 em 2016 as famílias não tinham onde deixar o doente no momento da alta tendo ficado os utentes aguardar uma resolução por parte da família. 6 Utentes ficaram a aguardar uma resolução por parte das instituições locais, grande parte por motivos de resolução social por parte da segurança social. A RNCCI, como já podemos apurar anteriormente neste estudo, é uma medida bastante utilizada para pessoas idosas, pelo que nas causas de protelamento encontramos 27 utentes que ficaram a aguardar vaga no hospital. Por último, mas mais importante, quatro utentes viram a sua alta recusada por parte dos familiares, ao alegarem não terem condições ou se tratarem de famílias de difícil comunicação e acesso.

Gráfico VI



Fonte: Análise processual dos registos informáticos do serviço social dos utentes idosos em protelamento de alta, realizado pela aluna Gilda Rolo Lopes em Maio de 2017

No que toca à resolução dos casos apresentados, 44.59% (33) saíram do protelamento para lares de idosos, 31.01% (23) saiu para vaga direta na RNCCI, 9,45% (11) saiu para casa de familiares/cuidadores 6.75% (5) saiu para casas de acolhimento, 5,40% (4) faleceram durante o período de protelamento e encontravam-se todos a aguardar vaga na RNCCI. 2.70% (2) Saíram para instituições locais (hospitais de retaguarda) e por fim com a mesma percentagem 2.70% (2) saiu para domicílio próprio outro ou encontra-se a aguardar vaga para RNCCI em domicílio próprio.

Os dias de protelamento variaram, em 2015, entre os 2 e os 188 dias perfazendo um total de 750 dias de internamento por motivos sociais. Já no ano 2016 o máximo de espera foram 242 dias, num caso de protelamento que ficou a aguardar resolução por parte da segurança social para entrada em lar de idosos contabilizando neste ano um total de 812 dias de protelamento por falta de alta social.

### **Capítulo III- Discussão dos resultados e Conclusões**

Após terem sido apresentados os resultados obtidos no estudo da investigação, passo à discussão dos mesmos.

Da amostra de 74 utentes, a maioria são do sexo feminino (44) e 30 utentes são do sexo masculino, concentrando-se a idade dos participantes nesta amostra, maioritariamente entre os 76-85 anos e tendo mesmo dois indivíduos entre os 96-105 anos. Dados que poderão ser explicados pelo aumento da esperança de vida a nível global, mas tal aumento tem-se verificado principalmente no sexo feminino daí termos verificado neste estudo um maior número de mulheres idosas com protelamento de alta hospitalar, como apresentamos na revisão de literatura deste mesmo estudo.

Neste estudo, os principais serviços ocupados pelos utentes desta amostra são os serviços de Medicina I, onde podemos encontrar os mais variados tipos de diagnóstico de carácter geral, e o serviço de Ortopedia I, o que pode ser explicado pelo facto de este estudo abordar apenas pessoas idosas. Como feito, tal como apresentado na revisão bibliográfica, o processo envelhecimento acarreta consequências físicas que se vão mostrando de forma gradual e diferencial, sendo um processo global que se inicia no nascimento e termina com a morte. Assim, podemos dizer que os indivíduos envelhecem de formas muito diversas mas que à medida que se envelhece aumenta a probabilidade de apresentar doenças (Fontaine, 2000).

A intervenção das equipas multidisciplinares no planeamento das altas desempenha um papel fundamental para evitar o protelamento das altas. As equipas de intervenção social têm como principais objetivos prevenir e apoiar as situações de maior vulnerabilidade social. Neste sentido, coexistem diferentes metodologias, procurando conciliar as diferentes áreas integradas nas equipas multidisciplinares.

No caso de 48 utentes foi feita a articulação com a família durante o internamento em que foram apresentados os recursos da comunidade, e propostas de pós-alta, realizado o esclarecimento de dúvidas, entre outros. Em 50 casos foi feita a articulação com recursos locais, a fim de auxiliar a família na escolha do destino do utente no pós-alta,

bem como comunicação sobre utentes já inseridos em unidades de residências para idosos.

No apoio à gestão da doença, o acompanhamento e apoio por parte da família é fundamental. Todo o processo é partilhado com os familiares tanto por parte da equipa médica como por parte do/da assistente social. No caso do utente não se encontrar em condições de tomar decisões é a família que decidirá por ele/a, por isso é necessário perceber que nesta investigação maior parte dos utentes tem o apoio necessário para a sua recuperação, no entanto para outros foi necessário reestruturar a sua vida e da sua família, tendo em conta o fator socio - económico que possibilita ou inviabiliza uma grande ajuda na sua recuperação.

Foram feitas 35 referenciações para a Rede Nacional de Cuidados Continuados, em quatro dos casos procedeu-se à articulação com as redes de proximidade do utente, como vizinhos, amigos e cuidadores/as, e por último em sete casos procedeu-se a uma avaliação socio-familiar do utente, a fim de melhor se planear o pós-alta,” (...) deve iniciar-se o mais cedo possível e tendo em conta o conhecimento da situação sócio - familiar (nomeadamente habitacional e familiar) tornam-se medidas em consonância, incluindo o encaminhamento social e administrativo para a sua reintegração social”. (Ministério da Saúde, 2015:5)

Focando agora naquilo que é a discussão das principais causas do protelamento. Após a análise de conteúdo dos processos sociais individuais de serviço social de cada utente, podemos elaborar um conjunto de indicadores que nos ajudam a agrupar e melhor conhecer as causas:

- Família sem local onde deixar utente;
- Utente ficou no hospital a aguardar resolução institucional por parte da família;
- Utente ficou no hospital a aguardar resolução institucional por parte da segurança social;
- Utente ficou no hospital a aguardar resolução institucional por parte da família enquanto aguarda vaga na RNCCII;
- Família recusou alta do doente;
- Fica a aguardar vaga na RNCCI;

- Família solicitou protelamento para reorganização familiar;
- Utente ficou no hospital a aguardar resolução institucional por parte das instituições locais;

Considero ser o “sonho” que qualquer hospitalar, profissional de saúde considere entenda que “(...) planeamento de alta é fundamental, não somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da sua reintegração (...) é o culminar de um programa da melhor prática clínica e o assegurar que a dependência e o isolamento do doente no pós-alta hospitalar serão minimizados, sendo maximizada a sua autonomia.” (Circular Normativa Nº12/DSPCS 2004:2) mas a realidade demonstra o número de protelamento excessivo em pessoas idosas, como passo a representar infra, com os resultados deste estudo.

Em 62 dos 74 casos aqui analisados no momento da alta clínica as famílias alegaram que não tinham onde deixar o doente no momento da alta tendo 51 desses utentes, ficado a aguardar uma resolução por parte da família. Destes 62, sete utentes ficaram a aguardar uma resolução por parte da Segurança Social e, em todos estes casos, por motivos de integração em lar. A RNCCI é uma solução recorrentemente utilizada por parte dos profissionais, pelo que nas causas de protelamento encontramos 20 utentes que ficaram a aguardar vaga no hospital e outros 10 a aguardar resolução por parte da família para integração na RNCCI. Existiram três utentes que aguardaram no hospital por uma resposta em unidades locais sendo nestes três casos a valência procura os hospitais de retaguarda. Apenas um utente ficou a aguardar reorganização da família por morar no estrangeiro e necessitar de organizar a família em Portugal. Por último, mas mais importante, 5 utentes viram a sua alta recusada por parte dos familiares, por alegarem não terem condições ou por se tratarem de famílias de difícil comunicação e acesso, ficando a aguardar resolução por parte da Segurança Social.

Segundo o Guia de Planeamento e Gestão de Altas da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2012), o planeamento de alta dos utentes deve ser sinalizado nas primeiras 24h a 48h de internamento, considerando ser este o tempo adequado para o planeamento de uma intervenção completa e:

- Garantir que existe um plano oportuno e integrando os cuidados necessários;
- Garantir a continuidade de cuidados
- Registo de todas as intervenções efetuadas a fim de se poder obter um histórico fim de digno de cada utente
- Criar as condições ideais para o utente só ficar no internamento o tempo necessário para a sua situação clínica que não possa ser tratada em ambulatório (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2012:4).

No que toca à resolução dos casos apresentados, 44.59% saíram do protelamento para lares de idosos, 31.01% (23) integraram uma vaga direta na RNCCI, 9,45% saiu para casa de familiares/cuidadores aguardando vaga da RNCCI, 6.75% saiu para casas lares particulares, 5,40% saiu para casa de familiares/cuidadores. 2.70% Saiu para instituições locais, todos para hospitais de retaguarda a fim de darem continuidade aos cuidados e 1,35% saíram para domicílio próprio e outro a aguardar vaga para RNCCI em domicílio próprio.

Há a lamentar três óbitos de utentes que aguardavam vaga na RNCCI em protelamento no Hospital de Abrantes.

Como teorias de base no desenvolvimento desde estudo e estando este trabalho inserido no Mestrado de Política Social, decidi utilizar a Teoria da Política Social, “ (...) Pode definir-se política social como um sistema de políticas públicas que procura concretizar as funções económicas e sociais do Estado, com o objetivo de promover a coesão social e a condução coletiva para melhores patamares de qualidade de vida” (Carmo, 2011:40).

Segundo o mesmo autor a política social funciona como um subsistema da intervenção social, na medida em que o sistema interventor é registado a um nível interventivo macro (Estado), com o papel de decidir e orientar (Carmo, 2011) e transpõe uma “estratégia de coesão social orientada para a defesa dos direitos humanos e para o desenvolvimento, concretizada em políticas públicas de saúde (...)” (Carmo, 2011:42).



Segundo Ana Falcão (2012), Portugal ultrapassou algumas fases no que toca à evolução do sistema de saúde:

- Em 1899 é organizado os "Serviços de Saúde e Beneficência Pública ", que até aí eram comparticipados pelo Estado apenas para as pessoas mais pobres e os restantes eram servidos pela Misericórdias e serviços privados;
- Em 1971, é pensado o Serviço Nacional de Saúde que põe o estado na frente daquilo que é o apoio face à saúde a todos os cidadãos independentemente da sua condição física, mental, social e cultural. Permitiu uma mudança repentina na qualidade de vida dos portugueses e permitiu a mudança nos índices de mortalidade à nascença e também nos idosos, resultando como um bom fator embrionário do aumento da esperança média de vida em Portugal. O Serviço Nacional de Saúde é oficializado em 1979;
- A Lei Orgânica do Ministério da Saúde é criada nos anos 90;
- Em 1999 os Sistemas Locais de Saúde (SLS), são criando com o intuito de conseguir estabelecer um cuidado de saúde primário junto dos utentes, através de um contacto próximo e de confiança, desimpedindo assim os hospitais daquilo que são os utentes não urgentes e atender às verdadeiras e efetivas necessidades.

Assim, podemos afirmar que a nível histórico Portugal tem vindo gradualmente a melhorar o acesso à saúde para todos.

Mas existe ainda muito trabalho a fazer, e trabalho que neste momento se faz de uma forma errada, como a criação de medidas adaptadas a políticas já existentes e a falta e criação de novos apoios e formas de conduta.

O risco aqui presente é o retorno ao princípio da Assistência Social em substituição do direito à Segurança Social universal. Este risco de transição parece mesmo bastante explícito na medida Complemento Social para Idosos uma vez que esta, sendo necessária enquanto instrumento de incremento das pensões abaixo do limiar de risco de pobreza, ao mesmo tempo não é um direito universal a uma pensão básica indexada a um determinado critério, inibindo assim o compromisso político de equiparação progressiva das pensões mínimas ao salário mínimo nacional. (Carolo, 2004)

Dadas as mudanças sociais a que temos vindo a assistir e a viver, aliadas ao gradual envelhecimento da população, esperava-se que existissem mais orientações legais no que toca pessoas idosas e ao hospital. Como podemos observar anteriormente, no ano de 2016 existiam mais quatro protelamentos do que em 2015, e a partir daqui precisamos de olhar para os desafios para a Política Social.

A falta de regulamentação é de todos o maior problema. Em 2015 a coligação PSD/CDS-PP elaborou o Projeto de Lei nº 61/XIII. Este Projeto-lei defendia que, no que toca às pessoas idosas " (...) avanço da idade é amiúde acompanhado de alteração das funções mentais ou até mesmo físicas, em termos que impossibilitam o livre exercício dos direitos, impondo-se destacar, em sede de documentos de vocação mundial, os "Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas", adotados pela Resolução nº 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1991, onde são enunciados os direitos das pessoas idosas, a saber, independência; participação; assistência; realização pessoal; dignidade." (Projeto de Lei nº 61/XIII)

Segundo o projeto de lei, a aplicação das medidas de proteção previstas fundamentavam-se na dignidade da pessoa humana" (...) passaria a ser crime coagir uma pessoa idosa, que não esteja na posse da totalidade das suas faculdades mentais, com o objetivo de aceder e administrar os seus bens, bem como negar o acolhimento numa instituição pública ou privada como represália por a pessoa idosa ter-se recusado a entregar a administração dos bens à administração ou deixar-lhos em testamento. Por outro lado, passa também a configurar crime abandonar um idoso no hospital ou impedir que a pessoa tenha acesso a bens ou serviços por causa da idade. " (TSF, 2015)

Este Projeto-lei foi chumbado em 2016 no Parlamento Português ficando assim o tema do protelamento hospitalar sem regulamentação. No entanto esta do ponto de vista da aprendizagem na elaboração desta dissertação poderia não ser a solução mais completa uma vez que coloca a família no centro dos cuidados e das responsabilidades. (TVI24, 2016)

É necessário entender que a família mudou, a família moderna é composta por indivíduos que com mais independência, onde todos os membros, trabalham e por como tal a disponibilidade para cuidar de um idoso dependente é menor. A família passa a

ganhar a autonomia e a partilhar a individualização dos seus membros. É importante não esquecer o papel da mulher, que através da sua entrada generalizada no mercado de trabalho, pôs um ponto firme naquilo que seria a partir daquela altura a sua função da família.

Outro grande desafio para a Política Social é a excessiva burocratização dos serviços administrativos hospitalares e principalmente da Segurança Social. A melhor comunicação entre serviços pode ser uma solução que permita que todos ganhem. Os doentes por saírem para os seus destinos com maior rapidez, os hospitais e o Estado devido à redução dos custos e as famílias pela diminuição do stresse do internamento e pós-alta.

O acesso aos apoios por parte do Estado poderia ser melhorado com a diminuição da burocratização e a alteração dos critérios de forma a poderem ser mais abrangentes. Isto ajudaria as famílias que não levam os utentes consigo porque consideram não ter condições ou até mesmo nos casos de recusa de alta.

Os recursos na comunidade são fundamentais na resolução de situações de protelamento, apesar do aumento da oferta. No entanto, a oferta existente a este nível ainda não chega e não é bem canalizada para os casos urgentes, como tal, uma maior comunicação entre estes recursos e os hospitais melhoraria o *workflow* do planeamento de alta e por consequência poderia contribuir para reduzir os números de protelamento.

Uma das melhores opções para a diminuição do protelamento de altas não resulta e torna-se um desafio para a Política Social. Considero a RNCCI uma alternativa à situação de protelamento hospitalar, sendo um recurso onde se pode aguardar a resolução das necessidades adequadas para a pessoas idosa voltar a casa, podendo receber neste local todos os cuidados de saúde e psicológicos adequados.

No entanto, o Concelho Económico e Social, (2013) fala-nos da RNCCI como uma resposta adequada, mas extremamente dispendiosa, burocrata com muito constrangimento à admissão, dificuldades na articulação entre as equipas e entidades intervenientes e com uma rede que não engloba ainda grande parte do país, causando longos períodos de espera.

A falta de indicação por parte do Estado para a recolha da informação sobre os protelamentos de alta, e tendo sido essa uma tarefa autónoma de cada hospital, leva a que exista um desconhecimento por parte do mesmo da realidade e como tal a falta de legislação permite que as pessoas idosas hoje estejam desprotegidas e sujeitos a hospitais.

Como limitação a este estudo considero que o facto de não ser analisada a perspetiva da alta por parte da família nos deixa frágeis a qualquer afirmação sobre o porquê de as famílias alegarem não terem condições e a permanência exagerada de idosos nos hospitais.

Para futuras investigações considero que seria importante analisar qual o custo do protelamento para os hospitais bem, como investigar o lado da família e como a mesma encara a alta e quais são as suas principais necessidades nesse momento, medos e constrangimentos.

Existe uma importante alteração que principalmente no caso das pessoas idosas deve ser tomada em grande conta. A RNCCI não aceita casos sociais e é mesmo um critério assumido de exclusão. Em idosos, que dado ao processo de envelhecimento por si só já são frágeis, se a nível social os categorizamos também, como pode ser capaz o Estado de o apoiar se os exclui?

## **Bibliografia**

### **Monografias e Livros**

Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70

Colom, D. (2000). *La Planificación del alta hospitalaria-la gestión de lo pequeño para mejorar lo grande*. Zaragoza: Mira Editores, S.A.

Cabete, D.G. (2002). *O Idoso, a doença e o hospital – O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Lisboa: Lusociência

Carvalho, M.I. (2009). *Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal em Portugal*. Rev. Kairós, São Paulo, 12(1), jan.2009, pp. 77-96

Conselho Económico e Social. (2013). *Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população*. Lisboa, SP: Autor

Carvalho, M.I. (2012). *Serviço Social na saúde*. Lisboa. APSS

Carmo, Hermano. (2011). *Teoria da Política Social*. Lisboa. Edições ISCSP

Carmo, Hermano. (2001). *Problemas Sociais Contemporâneos*. Lisboa. Universidade Aberta

Carolo, Daniel Fernando Soledade, (2004). *Novas Políticas Sociais e Complexidades em Torno da Equidade: um Desafio para a Prática do Serviço Social*. Centro de estudos sociais- Universidade de Coimbra

Conselho Económico e Social. (1994) *Responsabilidade Familiar pelos Dependentes Idoso nos Países das Comunidades Europeias*. Lisboa, SP: Autor

Centro Hospitalar do Médio Tejo. (2015). *Regulamento- Equipa de Gestão de Altas do CMHT*. Tomar, SP: Autor

Fonseca, António Manuel (2006). *O Envelhecimento - Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Campus do Saber

Fontaine, Roger. (2000) *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores

Lima, M.L.P. de; Marques, S.; Batista, M. (2011). *Idadismo na Europa: Uma abordagem psicossociológica com o foco no caso Português. Relatório II*. Instituto do Envelhecimento

Leal, F. (2001). *Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral*. Coimbra: Edição Sinais Vitais.

Robertis, Cristina. (1992). *Metodologia De La Intervencion En Trabajo Social*. Argentina: El Ateneo

Sequeira, Carlos. (2010). “Cuidar Idosos com Dependência Física e Mental.” LIDEL

Unidade de Missão para os cuidados continuados. (2012). *Manual de planeamento e gestão de altas*. Lisboa: Ministério da Saúde

Vala, Jorge. (1989). *Análise de conteúdo*. In A. Santos Silva e J. Madureira Pinto (orgs.). (1999), *Metodologia das ciências sociais*. (pp. 101-128). Porto: Afrontamento

Yin, R. K. (1994). *Pesquisa Estudo de Caso - Desenho e Métodos (2 ed.)*. Porto Alegre: Bookman.

### **Revistas**

Carvalho, Maria I. (2005). *Uma abordagem do Serviço Social à política de cuidados na velhice em Portugal*. In *Intervenção Social Nº 31* (pp.163-192). Lisboa: Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social

Chizzotti, António. (2003). *A pesquisa qualitativa em ciências humanas sociais: evolução e desafios*. Rev. Portuguesa de educação, 2003, 16(2), pp.221-236

Caldas, C.P. (2003). *Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):773-781, mai-jun, 2003

Cardoso, S., Santos, M.H., Baptista, M.I., Clemente, S. (2012). *Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990-2008)*. *Análise Social*, 204, XVII (3.º), 2012, 606-630.

Paúl, Constança. (2005). *Envelhecimento ativo e redes de suporte social*. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, série I, vol. 15, 2005, pag. 275-288

Fernandes. António. T. (2005). *Processos e estratégias de envelhecimento*. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, série I, vol. 15, 2005, pag. 223-248

Falcão, A.M. (2012). *Panorama da Sociologia da Saúde em Portugal: Avanços teóricos, problemáticas e domínios cruzados*. Working Paper N.º 140/2012. Centro de Investigação e Estudos de Sociologia – Instituto Universitário de Lisboa

Guerra, Isabel. (2005). *O Planeamento no Contexto de uma Sociologia da Ação - As Rearticulações Teoria-Prática no Campo da Sociologia e Planeamento*. *Rev. Cidades Comunidades e Territórios*, nº 10, 2005, pp. 13- 24

Leal, António S. (1985). *As políticas sociais no Portugal de hoje*. *Análise Social*, Vol. XXI (3.º-4.º-5.º), 1985 (n.º 87-88-89), pp. 925-943

Magalhães, Carlos Pires; Fernandes, Adília; Antão, Celeste; Anes, Eugénia (2010). *Repercussão dos estereótipos sobre as pessoas idosas*. *Rev. Transdisciplinar de Gerontologia*. ISSN 1647-8703. III:2, p. 7-16

Netto, L.M. (2004). *Aspetos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso*. *Rev. Pensar a Prática* 7:75-84, Mar-2004

Nossa, Paulo. (2014). *Envelhecimento demográfico: receios e oportunidades no séc. XXI*. In Jacinto, R. (Org). *Espaços de Fronteira, Territórios de esperança: das vulnerabilidades às dinâmicas de desenvolvimento*. Guarda; CEI; pp. 299-314

Pereira, M.A. & Carvalho, H. (2012). *Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbilidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional*. Rev. Temas em Psicologia – 2012, Vol. 20, no 2, 369 – 383

Rodrigues, L.S.; Soares, A.G. (2006). *Velho, Idoso e Terceira idade na Sociedade Contemporânea*. Revista Ágora, Vitória nº4, 2006, p. 1-29

Santos, Gorete & Sousa, Liliana. (2015). *Qualidade de vida em pessoas idosas no momento de internamento hospitalar*. Rev. Portuguesa de Saúde Pública. 2015; 33(1):2–11

WHOQOL Group (1995). *The World Health Organization quality of life assessment*. Paper World Health Organization Social Science and Medicine 10:1403-1409

### **Publicações em Suporte Eletrónico**

Administração Central de Saúde. (2015). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde. Recuperado a 25 de Setembro de 2017. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Relatorio-de-monitorizacao-anual-de-2015.pdf>

Alves-Mazzotti, A.J. (2006). *Usos e abusos dos estudos de caso*. Cadernos de Pesquisa, 36 (129), 637-651. Recuperado a 16 de Maio de 2017. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742006000300007>

Brandão, D., Ribeiro, O., & Martín, I. (2012). *Políticas dos serviços de descanso ao cuidador*. Argumentum, 4(1), 107-117. Recuperado a 20 de Junho de 2017. Disponível em <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/2944/2726>

Carvalho, M.I. & Almeida, M.J. (2014) *Contributo para o desenvolvimento de um modelo de proteção social na velhice em Portugal*. Newsletter Nº3, Grupo de Ação – Políticas Sociais para as Pessoas Idosas. Associação Portuguesa de Psicogerontologia. Recuperado a 20 de Junho de 2017. Disponível em <http://www.app.com.pt>



Flesch, L.D., & Araujo, T.C.C. (2014). *Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo*. Estudos de Psicologia 19(3), 227-236. Recuperado a 12 de Maio de 2017. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2014000300008>

Instituto da Segurança Social, I.P. (2017). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa. SP: Autor. Recuperado a 20 de Junho de 2017. Disponível em [http://www.segsocial.pt/documents/10152/27195/N37\\_rede\\_nacional\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a](http://www.segsocial.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a)

Lusa. (2015, 11 de Dezembro) Projeto de lei sobre abandono de idoso aprovado no parlamento. TSF. Disponível em <http://www.tsf.pt/politica/interior/parlamento-debate-criminalizacao-do-abandono-de-idosos-4924707.html>

Lage, M.I. (2007). Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte ao cuidado no cuidador informal. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Recuperado a 16 de Junho de 2017. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSS%C3%83O%2008%20ABRIL.pdf>

Ministério da Saúde. (2015). *Carta dos direitos do doente internado*. Lisboa, SP: Autor. Recuperado a 20 de Junho de 2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta\\_Direitos\\_Doente\\_Internado.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf)

Lusa. (2016, 14 de Julho). *Como é possível 'chumbar' penalização do abandono hospitalar de idosos?*. TVI24. Disponível em <http://www.tvi24.iol.pt/politica/psd/como-e-possivel-chumbar-penalizacao-do-abandono-hospitalar-de-idosos>

Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde*. Genebra. Recuperado a 19 de Maio de 2017. Disponível em <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>

Souza, D. & Rua, M. (Coord). (2013). *Cuidadores informais de pessoas idosas: caminhos de mudança*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Recuperado a 20 de Junho de 2017.

Disponível em [http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/E-book\\_Cuidadores%20Informais%20Pessoas%20Idosas\\_Congressistas.pdf](http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/E-book_Cuidadores%20Informais%20Pessoas%20Idosas_Congressistas.pdf)

### **Webgrafia**

Censos 2011 – [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

### **Legislação**

Decreto-Lei n.º 101/2006

Lei nº2011/1046 de 2 de Abril

Circular Normativa Nº12/DSPCS de 19 de Abril

Projeto Lei nº61/XIII

## **Anexos**

## **Anexo I – Autorização para realização do Estudo**

### Estudo - Serviço Social do CHMT

Sandra Policarpo <sandra.policarpo@chmt.min-saude.pt>

qui 20-04-2017 14:21

Para: gildarolo@hotmail.com <gildarolo@hotmail.com>;

Cc: Ana Cebola <anacebola@chmt.min-saude.pt>;

📎 3 anexos (475 KB)

DEliberação de CA - 05.04.2017.pdf; Pedido de Estudo 2017 02 - Parecer CE.pdf; Gilda Lopes - Política Social.pdf;

Ex.ma Senhora  
Dra. Gilda Rolo Lopes,

Encarrega-me a Senhora Diretora Clínica de remeter deliberação do Conselho de Administração de 3 de abril de 2017, a autorizar o estudo no âmbito da dissertação de mestrado, intitulado "A importância do planeamento de altas em idosos – Um desafio para a política social", que consiste na consulta de processos sociais existentes sobre o protelamento de altas em idosos, salvaguardando o cumprimento das observações da Comissão de Ética.

Mais se solicita que os resultados sejam partilhados com o CHMT, para fins de base de dados educacionais.

Com os melhores cumprimentos,  
Sandra Policarpo

Secretariado do Conselho de Administração



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO

Av. Xanana Gusmão - Apartado 45 | 2550-754 Torres Novas | PORTUGAL

Telex: 912 556 577 | Tel: 249 810 105 | EXT. 720505 | Fax: 249 810 100

[sandra.policarpo@chmt.min-saude.pt](mailto:sandra.policarpo@chmt.min-saude.pt) | [www.chmt.min-saude.pt](http://www.chmt.min-saude.pt)

PERSE ANTES DE IMPRIMIR



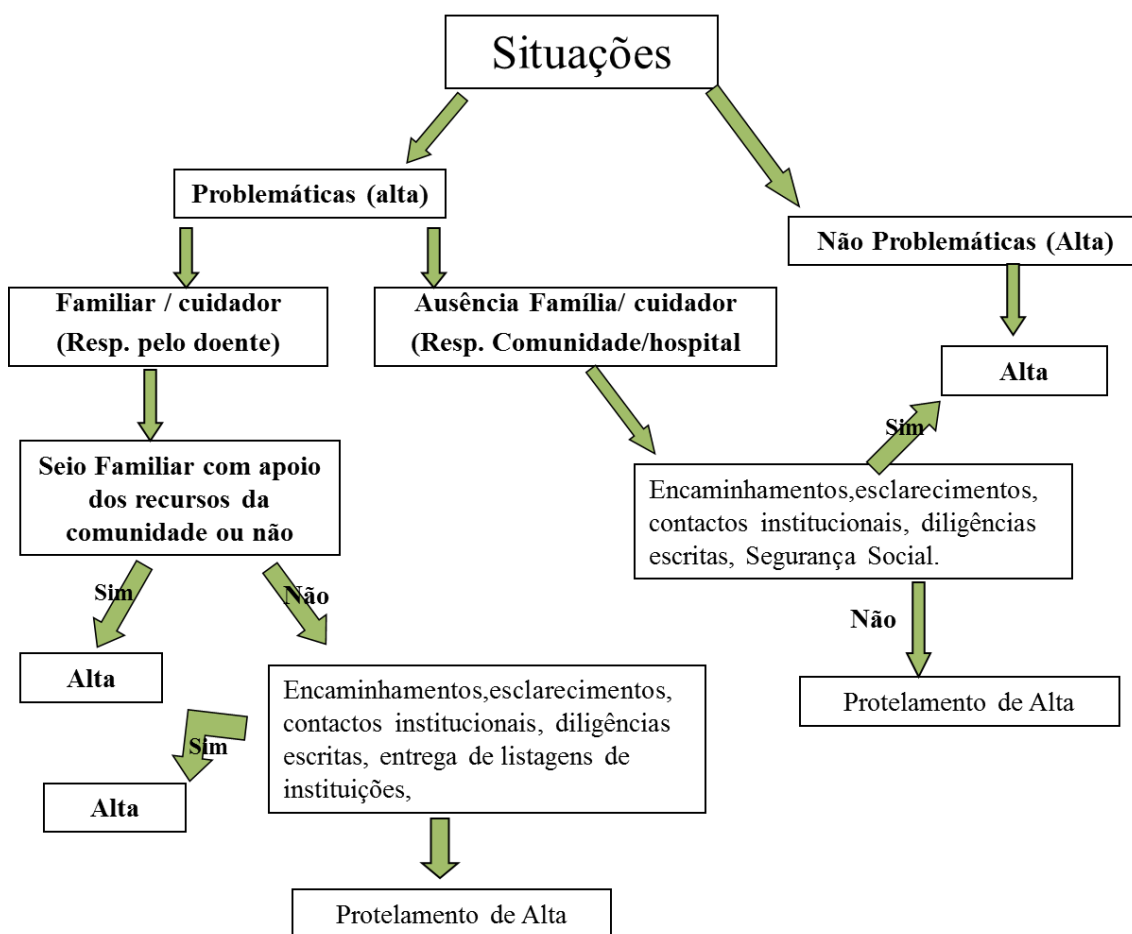
\_\_\_\_\_ Informações do ESET Endpoint Antivirus, versão do banco de dados de malware 15285 (20170420) \_\_\_\_\_

## **Anexo II- Grelha de recolha de dados**

Ficha de Recolha de Dados

Gênero	Idade	Data de Entrada	Data de Saída	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Social	Motivo do caso social	Tomada de decisão	Tipo de Comunicação à família	Causas do protelamento	Resolução do caso social	Obs.

### **Anexo III- Esquema resumo do planeamento de altas - CHMT**



**WWW.ISCSP.ULISBOA.PT**